

HYGIENE UND SOZIALE HYGIENE IN HAMBURG


THE ROYAL SANITARY INSTITUTE, FOUNDED 1876.
SALUS GENERIS HUMANI.





HYGIENE UND SOZIALE HYGIENE IN HAMBURG

ZUR NEUNZIGSTEN VERSAMMLUNG DER DEUTSCHEN NATURFORSCHER UND ÄRZTE IN HAMBURG IM JAHRE 1928

HERAUSGEGEBEN VON DER GESUNDHEITSBEHÖRDE HAMBURG

1928

PAUL HARTUNG VERLAG · HAMBURG

GESAMTHERSTELLUNG VON DER DRUCKEREI-GESELLSCHAFT HARTUNG & CO. M. B. H., HAMBURG 25

ZUM GELEIT

Bereits dreimal hat das Medizinalkollegium den Teilnehmern der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte einen Bericht über Hamburg in medizinischer und naturwissenschaftlicher Beziehung überreichen können, 1830, 1876, 1901.

Mit dem vorliegenden Buch schließen wir eine an Erfolgen reiche, aber auch an Ereignissen schwere Zeit mit der Überleitung in eine neue Entwicklungsperiode ab. Es ist daher auch der Titel geändert worden durch den Zusatz der sozialen Hygiene.

Dieser Leitgedanke wird für die nächsten Jahrzehnte richtunggebend sein. Er wurde geboren in den ersten Kriegsjahren, als die Versicherungsträger in schwerster Zeit sich zu den tragfähigen Säulen der Not und des Wiederaufbaues erwiesen. Gerade in Hamburg entstand kurz nach Ausbruch des Krieges der Gedanke der Arbeitsgemeinschaft zwischen Versicherungsträgern und Gesundheitsamt, und was im Reich erst in den letzten Jahren sich entwickelte, war hier schon längst erprobt und gefestigt. Was in den Kriegsjahren die Krankenkassen in Hamburg als freiwillig übernommenen Dienst an der Bevölkerung sich auferlegt hatten, verdient einen Ehrenplatz in Hamburgs Geschichte, und was z. B. das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 1. Oktober 1927 vorsah, war hier schon in der Fürsorgearbeitsgemeinschaft mit der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte seit 1915 in den wesentlichsten Punkten Gebrauch.

Die soziale Gesetzgebung hat aber auch direkt und indirekt anregend und richtunggebend in vielen anderen Dingen sich ausgewirkt. Die Krankenhäuser mußten sich notgedrungen dauernd erweitern, Spezialinstitute wurden notwendig, die Medizin entwickelte sich in Sonderfächern, den heilenden Faktoren der Medizin wurden die prophylaktischen Einrichtungen vorgeschaltet, mit denen dann die fürsorgerischen Hand in Hand arbeiten mußten. Die Kassenarztsysteme änderten grundlegend die Arbeit der Ärzte und die Belange der Krankenhäuser. Die Auswirkungen des Einflusses der Versicherungsträger zeigen sich in der inneren Entwicklung des Apothekenwesens und der chemischen Industrie.

An Stelle der privaten Hilfsbereitschaft und Wohltätigkeit sind die staatlichen Wohlfahrtsämter und Jugendämter mit ihrem wesentlich erweiterten Aufgabenkreis getreten. Große Kapitalien leihweise von der Landesversicherungsanstalt für billigen Zins gegeben, oder unterstützend geschenkt, haben sich im Wohnungsbau, bei der Errichtung von Genesungs- und Erholungsheimen bewährt. Ein großes Gemeinschaftsgefühl als Vorläufer eines notwendig kommenden politischen Gemeinschaftsgedankens ist in der sozialen Zusammenarbeit angebahnt.

Alle ethischen, psychischen, kriminellen Zwischenstufen sind in einem entwicklungsgeschichtlichen Zwischenstadium begriffen, die erzieherischen Probleme sind in Fluß. Der Betätigungsdrang der Jugend wird in Spiel und Sport in volkserzieherische Bahnen gelenkt, ohne Prohibitionszwang entwöhnt sich das Volk vom Alkoholmißbrauch, der Wandertrieb, die gesetzlichen Ferien des Arbeiters geben ihm Rucksack und Wanderstab in die Hand, und Arbeiter, die man früher

nie in Wald und Heide fand, bevölkern jetzt das Land. Aller Übergang ist schwer. Die Weiterentwicklung wird kommen durch Anpassung von oben nach unten und von unten nach oben. Die Zwischenstufen haben es am schwersten, da sie innerlich und äußerlich den Konflikt still auskämpfen müssen.

Hamburg hat inzwischen eine Universität bekommen. Die wissenschaftlichen Anstalten haben sich ihren Bedürfnissen angepaßt. Die Volkshochschule ringt um den Platz an der Sonne; auch hier ist noch vieles in Fluß.

Bald nach Beendigung des Krieges ging das Medizinalkollegium an eine Zusammenfassung der Kräfte heran. Es wurde die zentrale Gesundheitsbehörde geschaffen (siehe Seite 76), wodurch ein großes Stück praktischer Verwaltungsreform geschah. Meinungsverschiedenheiten über Kompetenzfragen gibt es in Hamburg auf medizinischem Gebiet so gut wie fast gar nicht, da auch ein großer Konfliktstoff, wie Abgrenzung der Kreisarzttätigkeit von der der Kommunalärzte, wie an anderen Orten sich nicht entwickeln kann. Hamburg darf von sich wohl behaupten, daß es im richtigen Augenblick die Zeichen der Zeit verstanden hat und durch schnelles und folgerichtiges Zugreifen erreichte, daß es nachträglich auf medizinischem, hygienischem und sozialhygienischem Gebiet keiner verpaßten Gelegenheit nachzutrauern braucht.

Bei der nächsten Tagung der Naturforscherversammlung wird Hamburg sich im veränderten Gewande zeigen. Das liegt in der Natur seiner bevölkerungs- und sozialpolitischen Entwicklung; denn ein Gemeinwesen mit dem Blick auf das Reich und die Welt kann sich nur im Blick auf die Umwelt entwickeln. Hamburg als Teil des Reiches mit dem Schauen auf Welten und Meere, wird stets als Ding an sich zu bewerten sein. Bei allen innerpolitischen Strömungen werden der Expansionsdrang Hamburgs und der hanseatische Geist nie von innerpolitischen Strömungen gefesselt werden können. Hanseatengeist ist reichs- und weltbedacht.

Dieses Buch, gewidmet von der Gesundheitsbehörde den Teilnehmern der Tagung, ist dem Opfersinn größerer Körperschaften, privater Firmen und Bürger zu verdanken. Staatliche Vertreter haben in dankenswerter Weise sich in den Dienst der Sache gestellt; ihre Namen finden sich in dem Inhaltsverzeichnis.

Herr Physikus Dr. Holm hat in dankenswerter Weise das mühevolle Amt der Gesamtredaktion übernommen.

Den Mitarbeitern gebührt der herzlichste Dank, ebenso dem Verlag, der auf alle Wünsche so verständnisvoll eingegangen ist.

So möge das Buch hinauswandern in alle Welt, wie sein letzter Vorgänger, und für Hamburg zu den alten Freunden neue werben.

Der Präsident der Gesundheitsbehörde
DR. PFEIFFER

INHALTSÜBERSICHT

c) Heilstätten

B. Vorbeugende Gesundheitspflege, Krankenversicherung und weitere sozialhygienische Einrichtungen

DIE GESUNDHEITSFÜRSORGE-ARBEITSGEMEINSCHAFT

SCHULGESUNDHEITSPFLEGE

KRANKENTRANSPORT UND -FÜRSORGE

DIE VERSICHERUNGSTRÄGER

GENESUNGS- UND ERHOLUNGSFÜRSORGE, PFLEGE- UND VERSORGUNGSHEIME UND TRINKERHEILSTÄTTEN

SONDERSCHULEN, HILFSSCHULEN UND FÜRSORGE FÜR BLINDE UND TAUBE

ANSTALTEN FÜR KINDERWARTUNG UND JUGENDFÜRSORGE

EHEBERATUNG UND SCHWANGERENFÜRSORGE

SPEISUNGSDIENST UND VERWANDTE EINRICHTUNGEN

ARBEITSFÜRSORGE

OBDACHLOSENHEIME UND ÄHNLICHE HÄUSER

II. HYGIENE

Die Gesundheitsdienststellen

Lebensmittel und Bedarfsgegenstände

ÜBERWACHUNGS- UND UNTERSUCHUNGSSTELLEN

EINZELHEITEN ÜBER VERSCHIEDENE LEBENSMITTEL

a) Fleisch

b) Milch

c) Fische

Gewerbeaufsicht und Unfallversicherung

Veterinärwesen

Technische Hygiene

SANIERUNG UND STRASSENBAU

REINIGUNG UND ABFALLBESEITIGUNG

WASSERVERSORGUNG UND BADEANSTALTEN

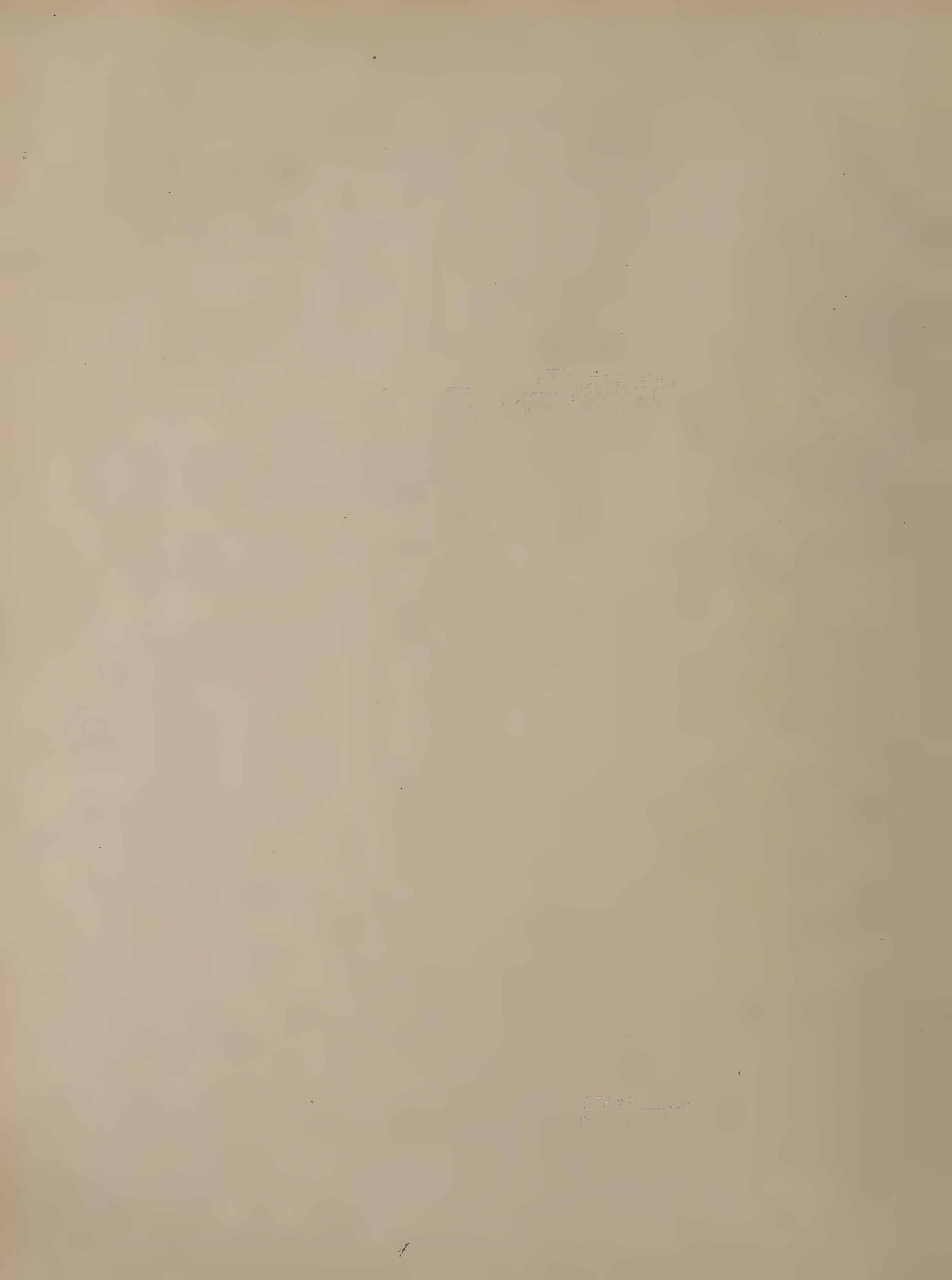
Angewandte Hygiene

WOHNUNGSWESEN

GAS UND ELEKTRIZITÄT

GRÜNANLAGEN UND FRIEDHOFSWESEN

Das Landgebiet



KURZE ORTSKUNDLICHE UND GESCHICHTLICHE ÜBERSICHT DER ENTWICKLUNG DER STADT HAMBURG

VON OBERBAURAT A. D. MELHOP

HAMBURG steht seiner Flächengröße nach unter den deutschen Ländern fast untenan, in wirtschaftlicher Bedeutung, als Handelsstadt, nimmt es nicht nur in Deutschland, sondern auf dem ganzen europäischen Festlande den ersten Platz ein.

Das hamburgische Staatsgebiet mit rund 1,2 Millionen Einwohnern (Oktober 1927) umfaßt nur 415 Quadratkilometer gleich etwa 7½ Quadratmeilen; es besteht aus der Stadt und dem Landgebiet; erstere bedeckt etwa ein Drittel, das sie umgebende Landgebiet umfaßt ungefähr die Hälfte der obigen Fläche, während das übrigbleibende Sechstel von dem abgetrennt im Westen an der Mündung der Elbe liegenden Amt Ritzebüttel nebst der Insel Neuwerk und den zugehörigen Strom- und Wattflächen eingenommen wird.

Der größte Teil des Gebiets mit der inneren Stadt als Kern erstreckt sich in zusammenhängender Fläche längs dem rechten Ufer der Norderelbe, die mit ihrem breiten und flachen Ästuarium — dem Alluvium oder der Marsch — und dem sich am Nordrand der Elbe hinziehenden, bis zur Höhe von 30 m über dem Meeresspiegel aufsteigenden Geestland den sich immer mehr ausdehnenden Ansiedelungen der Großstadt behaglichen und gesunden Wohnraum bietet. Das hohe Nordplateau wird innerhalb der Stadt fast rechtwinklig durchbrochen vom Alsterfluß, der mit seinen gestauten Seen und Nebenbächen eine geräumige, landschaftlich reizvolle Seitenniederung bildet, an die wieder kleine anmutige Täler anschließen. Eine zweite Wasserader, die Bille, fließt vom Sachsenwald her oberhalb des Stadtkerns durch die langgestreckten eingedeichten Marschen Billwärders und des Hammerbrooks zur Elbe. Während die Elbgegend bei Hamburg fast ausschließlich für die Häfen, den Handel und seine Warenlager, für Schiffswerften und große Ausfuhrindustrien ausersehen ist, breitet sich die Wohnstadt an der Alster und Bille aus. Diese beiden schiffbar gemachten, verästelten Flußläufe durchziehen das Gebiet mit einem ausgedehnten Netz von Wasserstraßen, auf denen die aus der Elbe kommenden, durch Schleusen aufsteigenden Fahrzeuge ihre Waren, Baustoffe und Lebensmittel unmittelbar bis in die entlegensten Stadtteile befördern.

Aus der hier in großen Umrissen angedeuteten jetzigen Gestalt Hamburgs läßt sich seine Entstehungsgeschichte aber nicht ablesen, denn es gibt kaum eine Stadt, deren Straßennetz und Wasserwege im Lauf der Jahrhunderte so bedeutende Veränderungen erfahren haben als gerade Hamburg. Durch die kaum jemals zur Ruhe gekommenen örtlichen Umgestaltungen ist das Bild seiner historischen Entwicklung vielfach verwischt worden, obgleich Hamburgs Geschichte sich bis ins IX. Jahrhundert zurückverfolgen läßt.

Wie die meisten Stadtanlagen, so hat auch Hamburg sich aus Ansiedelungen an ein Kastell oder eine Burg entwickelt, die wahrscheinlich von den fränkischen Heerführern Karls des Großen nach Unterwerfung der Sachsen Ende des VIII. oder Anfang des IX. Jahrhunderts auf der westlichen Spitze der wasserfreien Geesthöhe gegründet wurde, die von Osten her die Mündung des Alstertals in das breite Elbtal begrenzt. An dieser Stelle (Speersort, Rathausstraße), der sich der gegenüberliegende westliche Geestrand des Alstertals auf etwa 400 m nähert, befand sich eine zur Ebbezeit gut benutzbare Alsterfurt, durch die der bedeutendste Landweg in die Cimbrische Halbinsel führte. Vielleicht war dieser die Umgegend beherrschende, strategisch wichtige Punkt auch bereits in der heidnischen Zeit befestigt. (S. Abb. 1.)

Während der unter dem Schutze der Burg und zugleich mit dieser als Mutterkirche des Nordens gegründete Dom (bereits 831 stiftete Ludwig der Fromme das Erzbistum Hamburg) zu Beginn des XIX. Jahrhunderts verschwand, sind die Spuren der alten Landstraße in dem auch heute noch eine Hauptverkehrsader der Stadt bildenden ost-westlichen Straßenzuge Steinstraße — Speersort — Rathausstraße — Gr. Johannisstraße — Gr. Burstah — Graskeller und die beiden Steinwege unverwischt erhalten.

Der befestigte Platz war später noch viel umstritten; Normannen, Slawen, Wenden, Obotriten haben ihn zerstört; aber auf jede Zerstörung erfolgte mit dem Wiederaufbau stets eine Vergrößerung und bessere Befestigung der Ansiedelungen. Zur besonderen Blüte entwickelte sich Hamburg unter den Schauenburger Grafen, die zu Beginn des XII. Jahrhunderts mit Holstein und Stormarn belehnt worden waren. Die Petrikirche wurde gegründet; die Alster, auf die bis dahin Ebbe und Flut frei einwirkten,

mittels eines Dammes im jetzigen Straßenzuge des Gr. Burstah für Zwecke des Mühlenbetriebes zu einem jetzt mitten in der Stadt liegenden See aufgestaut, die Elbmarschen wurden durch eingewanderte Friesen und Holländer eingedeicht und urbar gemacht, und gegen Ende des XII. Jahrhunderts opferte Adolf III. die den Schauenburgern als Wohnung dienende Neueburg zur Gründung einer dem Schutze der Schiffer, dem heiligen Nicolaus, geweihten Kapelle und der Ansiedelung Neu-Hamburg. (S. Abb. 2 u. 3.)

Derselbe Graf war es auch, der den Grund zur späteren Größe Hamburgs legte, indem er von Friedrich Barbarossa 1189 den Freibrief erwirkte, durch den sich allmählich die Schiffahrt und der auf sie angewiesene Handelsbetrieb entwickelte. In den ersten sieben Jahrhunderten, von Beginn des IX. bis zur Mitte des XVI. Jahrhunderts, war Hamburg nur an der Alster, nicht auch an der Elbe belegen, und der erste Hafen dieser Alstersiedelung lag im XII. Jahrhundert weit von dem heutigen Lauf des Elbstroms, hinter der jetzigen Straße Neueburg in der Alster, die damals ungefähr dem Hafentor gegenüber bei Steinwärder in die Elbe mündete.

Wie die Becken und Kanalnetze der Alster und Bille künstlich geschaffene Gewässer sind, so ist auch der Arm des Elbstroms, der jetzt die Häfen bildet, von den Hamburgern durch mühsame Wasserbauten kunstreich an die Stadt herangeholt. Bis ins Mittelalter lassen sich die Kämpfe der Ingenieure, denen diplomatische und kriegerische Unternehmungen mit den Nachbarstaaten parallel gingen, zurückverfolgen. — Vorzeiten hatte der Elbstrom die Beschaffenheit eines tief landeinwärts sich erstreckenden Meerbusens gehabt, dessen östliches Ende etwa 40 km oberhalb Hamburgs lag, wo die beiderseitigen Geesthöhen bis auf $1^1/_2$ km Entfernung einander naherücken. Bei Hamburg beträgt die Breite dieses Busens zwischen den Geesthöhen $8^1/_2$, bei Cuxhaven 32 km. Der gegenwärtige Zustand der Elbe hat sich durch fortwährende Auflandungen, Verschiebung der Stromläufe, allmähliche Herstellung von Bedeichungen und Ausführung künstlicher Stromkorrektionen aus dem Urzustande nach und nach herausgebildet.

Die Stadt selbst dehnte sich aus, indem zunächst im XI. und XII. Jahrhundert die ihr benachbarten Alsterinseln eine nach der andern eingedeicht und bebaut wurden. Die zwischenliegenden Wasserarme blieben als Flete und Kanäle bestehen, von denen heute nur noch wenige hier und da den niedrigen Teil der Stadt durchziehen. Mit dem Wachsen Hamburgs hielt die Erweiterung des Hafens Schritt; um ihm eine bessere und von dem durch Mühlenstaue zurückgehaltenen Alsterwasser unabhängige Strömung zu geben, leitete man um die Mitte des XIII. Jahrhunderts die bis dahin bei der Veddel in die Elbe mündende Bille in westlicher Richtung nach der unteren Alster durch einen Graben ab, der noch jetzt zum Teil im Zuge des Oberhafenkanals und des in den Binnenhafen ausmündenden Zollkanals, bis zu dessen Nordufer die Stadt sich in jener Zeit bereits ausdehnte, kenntlich ist, während der Seeschiffhafen nach der Stelle des jetzigen Binnenhafens im Alstertief abwärts vorrückte. (S. Abb. 3.)

Die Tiefhaltung des Hafens durch den Billstrom hörte aber auf, als etwa 100 Jahre später die Oberbille bei Bergedorf mittels des Schleusengrabens nach der Dovenelbe abgeleitet wurde. Ungefähr zur selben Zeit hatte man die durch das fruchtbare Marschgebiet der Vierlande fließenden, zufolge Stromversetzung zur Versandung neigenden Elbarme Gose- und Doveelbe im Osten abgedämmt und dem oberen Teil der Elbe dadurch einen einzigen Lauf gegeben.

Inzwischen drängte die weitere Ausdehnung der Seeschiffahrt fortgesetzt zur Erbauung leistungsfähigerer und deshalb tiefer eintauchender Fahrzeuge, und es kamen daher Rat und Bürger überein, keinen Fleiß zur Verbesserung „des Deepes up der Elbe“ zu scheuen. Eine Folge dieser Bestrebungen war die Einsetzung der „Düpebehörde“, die für die Tiefhaltung des Hafens und der Flete zu sorgen hatte und deren zielbewußten Tätigkeit durch Schaffung dreier wichtiger Durchstiche die allmähliche Ausbildung der Norderelbe als Hauptstrom zu danken ist. Erst durch den um 1550 ausgeführten Durchstich des Grandeswärders, einer im Mündungslauf der Bille zwischen dem Billhorn und dem Grasbrook liegenden Insel, und die Verbindung ihres unteren Teils mit dem Grasbrook ist Hamburg an den Elbstrom und die obere Einfahrt seines Hafens an das Fahrwasser der Elbe gerückt. Aber noch trennten Grasbrook und Grevenhof das Alstertief von der eigentlichen Norderelbe, die aus der in der Gegend des Reiherstiegs stattfindenden Vereinigung der Stillhorner und der Veddelelbe bestand. Zur besseren Speisung der letzteren leiteten die Hamburger 20 Jahre später die Stillhorner oder Drögeelbe mittels Durchstichs des Spadenländer Busches in die Veddelelbe; und als diese Stromkorrektion noch nicht zur Tiefhaltung des Hafens hinreichte, wurde 1604 zur Schaffung eines dritten Durchstichs, des fast 2 km langen „Neuen Grabens“ auf dem Grasbrook geschritten, der sich bald zum Hauptstrom ausbildete und die Elbstellung Hamburgs begründete und gewährleistete. Die südlich gelegene Veddelelbe versandete, und der abgeschnittene Teil des Grasbrooks,

jetzt Kleiner Grasbrook, kam mit dem damals noch holsteinischen Strecken am linken Ufer der Norderelbe in landfeste Verbindung. Der endgültige Ausbau der Norderelbe hat dann in den Jahren 1875 bis 1879 mit der Ausführung des Durchstichs der Kalten Hofe stattgefunden. (S. Abb. 4 u. 5.)

Hatte es Hamburg so verstanden, die Elbe an die Stadt heranzuziehen und letztere von einer Alsterstadt in eine Elbestadt zu verwandeln, so war neben all diesen sich über Jahrhunderte erstreckenden kostspieligen, auf die Verbesserung des Zuflusses der Oberelbe zur Stadt abzielenden Wasserbauarbeiten der Blick der Hamburger auch unausgesetzt auf die Nordseefahrt gerichtet, die für unsere Stadt die wichtigste ist.

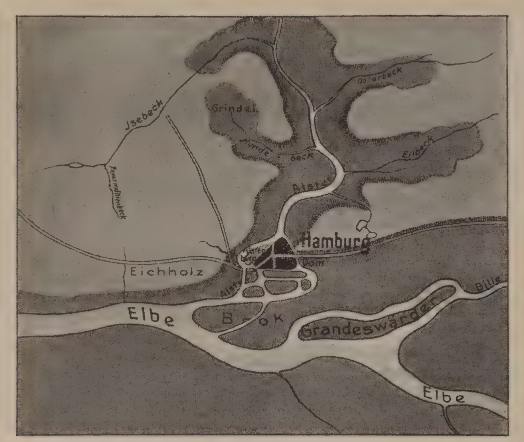
Von der Stadt bis zum Meere wurde die Elbe von den Hamburgern beherrscht und befriedet; um die Nordseefahrt gegen den Seeraub zu sichern, schloß Hamburg einen Vertrag mit den Dithmarschen und Hadelern und vereinbarte 1241 mit Lübeck zum gegenseitigen Schutz ein Bündnis, aus dem — ob mit Recht, sei dahingestellt — der Ursprung der Hansa abgeleitet wird, an die Hamburg so frühen, ununterbrochenen und innigen Anteil gehabt hat, wie außer Lübeck kaum ein anderes Mitglied dieses Städtebundes. Zur Sicherung der Elbeeinfahrt wurde hamburgischerseits bereits gegen Ende des XIII. Jahrhunderts auf der Insel Neuwerk ein Wachtturm errichtet, auf dem seit Mitte des XVII. Jahrhunderts ein Leuchtfeuer brennt; schon 1568 war die ganze Elbe bis Hamburg betonnt und bebakt, und in den siebziger Jahren des XIX. Jahrhunderts wurde die bereits vorher bestehende, aber noch lückenhafte Fahrwasserbeleuchtung zu einer von der Nordsee bis Hamburg reichenden, ununterbrochenen Leuchtfeuerkette ausgebaut, die bis in unsere Tage ständig verbessert worden ist.

In der im XIII. Jahrhundert mächtig aufblühenden Stadt waren inzwischen ebenfalls mannigfache Veränderungen erfolgt. Nachdem etwa um die Mitte des XIII. Jahrhunderts durch einen zweiten Aufstau der Alster mittels eines Dammes in der Gegend des jetzigen Jungfernstiegs das landseeartige Wasserbecken geschaffen war, das für die spätere Weiterbildung der Stadt nach Norden von grundlegender Bedeutung und zu einer hervorragenden Eigentümlichkeit Hamburgs geworden ist (s. Abb. 3), wurde gegen Ende jenes Jahrhunderts die bischöfliche Altstadt nebst dem Dom und den beiden Pfarrkirchen St. Jacobi und St. Petri mit der gräflichen Neustadt, die nun auch bereits zwei Kirchen, St. Nicolai und St. Catharinen, enthielt, zu *einer* Stadt vereinigt und mit einer gemeinschaftlichen Mauer befestigt. Beide Teile behielten getrennte Marktplätze, aber bauten ein gemeinschaftliches Rathaus an der Trostbrücke, der Grenze zwischen Alt- und Neu-Hamburg, da, wo jetzt das Patriotische Gebäude sich erhebt und das alte Rathaus bis 1842, nahezu 600 Jahre, gestanden hat. Hier unmittelbar vor diesem Rathause kamen seit Mitte des XVI. Jahrhunderts die Kaufleute auf offenem Platz zusammen, der um 1580 teils überbaut wurde; dieses erste, 1670 wesentlich erweiterte Börsengebäude blieb dann während rund 170 Jahre das Herz des hamburgischen Großhandels.

Bereits im XIII. Jahrhundert war Hamburg im wesentlichen eine freie Stadt, die sich selbst Gesetze gab, die Münzgerechtigkeit übte und nur dem Namen nach der Landeshoheit des holsteinischen Grafen unterstand. Der Besitz der Stadt außerhalb der Ringmauern mehrte sich; im Westen erstreckte er sich um diese Zeit bis zur Altonaer Grenze, im Norden bis zum Isebeck und Osterbeck, im Osten bis nach Wandsbek. Die Kriege der Hanse brachten aber noch mehr des wertvollen Landbesitzes: im Westen das feste Schloß Ritzebüttel samt der nördlichen Spitze des Landes Hadeln an der Mündung der Elbe und im Osten an der Bille das Schloß Bergedorf nebst den Vierlanden. Außerdem wurden im XIV. Jahrhundert der ganze Gebietsteil im Norden bis einschließlich Langenhorn und im Osten die noch fehlenden Ländereien zwischen der Stadt und den Vierlanden, im XV. Jahrhundert aber auch die Walddörfer erworben, so daß das Hamburger Gebiet mit geringen Abweichungen schon damals seine jetzige Gestalt und Ausdehnung erlangte. Gleichzeitig sorgte die wohlhabender werdende Stadt für die Verstärkung der Befestigung und war stets auf Sicherung und Erleichterung des Verkehrs zu Wasser und zu Lande bedacht.

Die an der oberen Alster belegenen, dem Handel höchst lästigen Raubschlösser wurden zerstört und im XVI. Jahrhundert in Gemeinschaft mit Lübeck von der Alster zur Trave ein später wieder verfallener Kanal gegraben, um eine binnenländische Wasserstraße zwischen Hamburg und Lübeck herzustellen, der als frühzeitiger Vorläufer des nachmaligen Nordostseekanals ein Merkmal hansischen Unternehmungsgeistes ist.

Kaum gefördert werden aber konnten die Bestrebungen Hamburgs zur Verbesserung des Fahrwassers der Elbe, solange der größte Teil der Hamburg gegenüberliegenden Elbinseln an der Südseite der Norderelbe zwischen der Kalten Hofe und Finkenwärder in dänisch-holsteinischem Besitz blieb und den Stützpunkt für die Hamburg feindlichen Bestrebungen bildete. Die dänischen Könige, von 1460



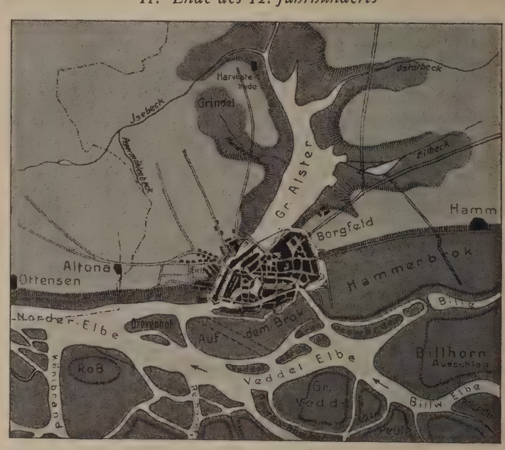
I. 11. Jahrhundert



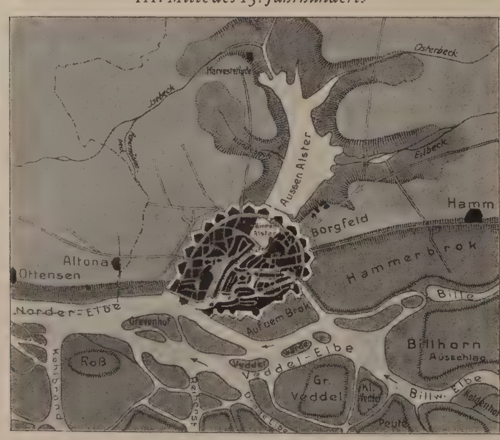
II. Ende des 12. Jahrhunderts



III. Mitte des 13. Jahrhunderts



IV. 16. Jahrhundert



V. 17. Jahrhundert



VI. Anfang des 19. Jahrhunderts

an auch Herzöge von Schleswig-Holstein, waren der Stadt lange böse Nachbarn, die selbst, als das Reichskammergericht 1618 die Reichsunmittelbarkeit Hamburgs anerkannt hatte, ihren vermeintlichen Rechten an die Stadt nicht entsagten. Die Befestigungen Hamburgs wurden deshalb immer von neuem verstärkt und nach Westen vorgeschoben.

Nachdem Hamburg 1528 die Lehre Luthers angenommen hatte, gingen die Klöster, deren Gründung ins XIII. Jahrhundert fällt, ein; der Dom verlor seine Bedeutung. Von diesen mittelalterlichen Bauten, wie auch der Stadtbefestigung und den Wohnbauten jener Zeit, ist nichts auf uns gekommen, alles fiel späteren Veränderungen zum Opfer. Immerhin wissen wir aus alten Stichen, daß Hamburg in früheren Jahrhunderten ein Stadtbild von großer malerischer Schönheit darbot: fünf stattliche Hauptkirchen mit hohen Türmen, ebenso viele Nebenkirchen mit ihren Türmchen, ein schönes Rathaus, ansehnliche andere städtische Gebäude, die beiden Klöster, Tortürme und mächtige Bastionen, das alles trug dazu bei, das alte Hamburg zu einer der sehenswertesten und schönsten Städte Norddeutschlands zu machen.

Im Anfang des XVII. Jahrhunderts sah man sich genötigt, wegen der Verbesserung des Geschützwesens die Festungswerke nach dem Polygonalsystem unter abermaliger Erweiterung nach Westen durch Einschließung der ganzen jetzigen Neustadt zu erneuern. Die neue Wallinie teilte das Alsterbecken in Außen- und Binnenalster und gab der Stadt den Umriß, den man von der Landseite noch heute an den Wallanlagen, soweit deren östliche Partien den Eisenbahnbauten nicht haben weichen müssen, erkennt. Dieser ungemein starken Befestigung ist es zu danken, daß Hamburg von den Unbilden des Dreißigjährigen Krieges völlig verschont blieb und zahlreiche wohlhabende Leute veranlaßte, ihre Habe und Güter hinter den Wällen der Stadt in Sicherheit zu bringen. (S. Abb. 5.) Hierdurch wie auch durch den Übergang des Handels von Antwerpen, das unter den niederländischen Wirren sehr verlor, an Hamburg wurde dieses nunmehr der kommerzielle Mittelpunkt für einen großen Teil von Nordeuropa. So erschien Hamburg hoch begünstigt, da ihm der Krieg nicht Schaden brachte, sondern sein Gedeihen förderte. Trotzdem der Hamburger Handel sowohl im XVII. als auch im XVIII. Jahrhundert fast ständig mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte — es sei hier nur das zum Schutz der Handelsschiffe gegen Seeräuber machtvoll entwickelte Konvoiwesen erwähnt —, so gelangte er doch zu hoher Blüte, derart, daß Hamburg in jener Zeit bereits die größte Handelsstadt Deutschlands, ja nächst London und Amsterdam die bedeutendste in Europa war, obgleich der damalige Handel im Vergleich zu den heutigen Verhältnissen nur gering genannt werden kann.

Gleichzeitig erblühte Hamburg zur Kunst- und Kulturstätte von hervorragender Bedeutung, so daß im XVIII. Jahrhundert, mehr als der die Macht und das Ansehen begründende äußere Besitz, es geistige Güter waren, die Hamburg im Urteil der Zeitgenossen zu einer der vornehmsten Städte Deutschlands machten.

Im Laufe des XVII. Jahrhunderts begann auch der Anbau vor den Toren im Osten und Westen der Stadt; an dem stark befestigten Kern entwickelten sich die Vorstädte St. Georg und Hamburger Berg (später St. Pauli); ersteres geschützt durch das „Neue Werk“, ein etwa 1 km vor dem Hauptwalle von der Alster bis zur Bille gezogener Festungswall nebst Graben, letzteres durch die „Sternschanze“, die 1686 dem mit 16 000 Mann zur Erzwingung der Erbhuldigung plötzlich vor Hamburg erscheinenden Christian V. von Dänemark siegreich widerstand, so daß er abziehen und seine Forderung fallen lassen mußte. Die Streitigkeiten mit Dänemark fanden erst 1768 im Gottorper Vergleich ihren endgültigen Abschluß. Dadurch erwarb Hamburg die obenerwähnten sämtlichen dänisch-holsteinischen Elbinseln von der Kalten Hofe bis einschließlich Finkenwärder, deren Besitz für die Stadt in der Neuzeit beim Ausbau der Hafenanlagen von allergrößter Bedeutung geworden ist.

Infolge dieses Friedens mit Dänemark war das Schutzbedürfnis durch Ummauerung und Umwallung unnötig geworden, man legte im Anfang des XIX. Jahrhunderts die Kirchhöfe vor die Tore und begann die Stadt zu entfestigen, als die Drangsale der Franzosenzeit hereinbrachen. Die Stadt wurde Ende 1810 dem französischen Kaiserreich einverleibt, aufs neue befestigt und die Umgebung auf etwa 1200 m von allen Bauwerken, Bäumen usw. gänzlich freigemacht. Die Befreiung erfolgte 1814, aber die schwergeprüfte Stadt, deren Handel zerstört, deren Wohlstand dahin war, vermochte erst nach Jahrzehnten, sich zu erholen. Zunächst wurde die Entfestigung wieder ins Werk gesetzt, indem man die Umwallung nach und nach in einen um die innere, dichtbebaute Stadt im Westen und Osten sich hinziehenden grünen Gürtel verwandelte. (S. Abb. 6.)

Das „Neue Werk“ blieb vorläufig noch erhalten, aber in einem Abschnitt davon, an der späteren Lohmühlenstraße, entstand 1821 das noch heute in veränderter Gestalt bestehende Allgemeine Krankenhaus als Ersatz für den im XVI. Jahrhundert am

Ende des Eichholzes erbauten Pesthof, der 1797 unter dem Namen „Krankenhof" erweitert und umgebaut, 1814 von den Franzosen niedergebrannt worden war. Die der baulichen Entwicklung der Stadt im Wege stehenden, so recht in ihrem Herzen liegenden Klostergebäude fielen; für die im Johanniskloster untergebrachte Johannisschule erbaute man 1837 auf dem Platz des bereits im Anfang des XIX. Jahrhunderts abgebrochenen Doms das Johanneum; an der Stelle des Maria-Magdalenen-Klosters entstand die neue Börse kurz vor dem großen Brand von 1842. Auch erfolgte der Ausbau regelrechter Kunststraßen nach allen Hauptrichtungen außerhalb der Stadt.

Im Jahre 1802 zählte Hamburg samt seinen Vorstädten 123 000 Seelen; diese Zahl, die während der Fremdherrschaft der Franzosen auf weniger als 100 000 sank, stieg bis 1840 auf 150 000 und Handel und Wandel gaben den Beweis, daß die Folgen der Napoleonischen Wirren nun überwunden seien. Aber bald darauf, 1842, vom 5. bis 8. Mai, wütete in Hamburg der große Brand, der ein Fünftel der Stadt in Asche legte, mit ihm drei Kirchen, das Rathaus und viele andere öffentliche Gebäude sowie die Wohnungen auf mehr denn 1400 Privatgrundstücken zerstörte und 20 000 Menschen obdachlos machte. Der Gesamtschaden belief sich auf rund 135 Millionen Mark.

Mit den Wiederherstellungsarbeiten, die, unterstützt durch hilfreiche Beisteuer des In- und Auslandes, mit großer Beschleunigung betrieben wurden, beginnt Hamburgs neue Zeit. Es haben sich seitdem die eingreifendsten Veränderungen entwickelt, das mittelalterliche Hamburg ist als neuzeitliche Großstadt wieder erstanden. An Stelle eines Gewirrs kleiner, enger Straßen, Gänge und Höfe, wie sie nach und nach das Bedürfnis des Augenblicks und die durch Baugesetze nicht gezügelte Laune des einzelnen geschaffen hatte, trat ein den Anforderungen der Neuzeit entsprechendes festes, klares Straßennetz, das nach Beschaffung der Aufräumungsarbeiten rasch angebaut ward, wenn auch zum Teil unzweckmäßig und nüchtern, da es sich in erster Linie darum handelte, 20 000 plötzlich obdachlos gewordene Menschen baldtunlichst wieder unter Dach zu bringen.

Von den in ihren Grundzügen bis 1842 zurückreichenden einheitlich durchgeführten öffentlichen, für die Gesundheit, Wohlfahrt und Behaglichkeit der Bevölkerung wichtigen Bauanlagen sind vornehmlich die Schwemmkanalisation, die Wasserversorgung und die Gasbeleuchtung zu erwähnen.

Durch die Beseitigung der dem großen Brande zum Opfer gefallenen Alstermühlen am Reesendamm wurde eine Schiffahrtsverbindung zwischen Elbe und Alster ermöglicht und gleichzeitig trat eine Heruntersetzung des bisher wechselnden Alsterpasses um fast 1 m auf die jetzige Höhe von + 6,60 m über Hamburger Null ein, die einerseits den niedrig gelegenen Teilen der die Außenalster einschließenden Vororte sehr zugute kam, namentlich der Uhlenhorst, die großenteils aus bisher oft unter Wasser gesetzten Wiesen bestehend, erst dadurch anbaufähig geworden ist; anderseits aber die Schönheit der Alsterbecken erst voll zur Geltung brachte, weil ihr Wasserstand nun auf eine bestimmte, nicht mehr wie ehemals erheblich schwankende Höhe festgelegt war. So gab das schwere Brandunglück Anlaß zu unschätzbaren Verbesserungen des Stadtbildes.

Nach Vollendung der Berliner Bahn, deren erste Strecke von Hamburg bis Bergedorf gerade fertig war, als die Brandkatastrophe hereinbrach, wurde der innere Hammerbrook durch Aushebung von Kanälen und Anschüttung von Straßendämmen für den Häuserbau geeignet gemacht. Die städtische Bebauung schob sich aber auch über die Bille in die Marschfläche des Billwärder Ausschlags vor, wo 1846 im Anschluß an die Hammerbrooker Straßen der Billhorner Röhrendamm zur Aufnahme der Leitungen der Stadtwasserkunst — seit 1924 Hamburger Wasserwerke — angelegt worden war. Hier schlossen sich bald Nebenstraßen an, und rasch entwickelte sich eine dichte Bebauung mit vielgeschossigen Miethäusern.

Der ersten, 1846 bis Berlin fortgesetzten Eisenbahn folgten bald andere, so Altona—Kiel und Hamburg—Lübeck, und 1866 die die Wallanlagen durchschneidende Hamburg—Altonaer Verbindungsbahn, aber erst 1872 mittels Überbrückung der Elbe an der natürlichen Grenze der Seeschiffahrt die Gleisverbindung mit Harburg, Bau der Bahn nach Bremen und Köln, sowie 1879 Harburg—Cuxhaven.

Wenden wir uns wieder der Elbe und dem Hafen zu, so bewegen sich hier bis in die sechziger Jahre des XIX. Jahrhunderts die zur Förderung des Seehandels und der Seeschiffahrt geschaffenen Neuanlagen im Vergleich zu den späteren Schöpfungen nur in bescheidenen Grenzen. Gegen Ende des XVIII. Jahrhunderts wurde der Hafen durch Anlegung des Niederhafens in die freie Elbe hinaus verlängert und so Platz für 400 Segelschiffe von je 75 t Laderaum geschaffen; Fahrzeuge von 200 bis 300 t wurden als Riesenschiffe angestaunt und kamen nur selten nach Hamburg. 1816 traf das erste Dampfschiff auf der Elbe ein. Der in der Folge wachsende Verkehr dieser Schiffe und auch die Segelschiffahrt erheischten wiederholt Vergrößerungen des Niederhafens und die Herrichtung des

Sandtorhafens. Aber bis in die Mitte der sechziger Jahre wurde das Ein- und Ausladen auf dem Wasser vorgenommen und dauerte Wochen, ja Monate. Diese Arbeiten aber mußten, damit die Dampfschiffe ihre Reisen öfters wiederholen konnten, beschleunigt werden, was zum Bau von offenen Tidehäfen mit festen Einfassungen führte, an denen die tiefgehenden Schiffe unmittelbar anlegen und mit Hilfe von Uferkränen den Warenaustausch in raschester Weise vornehmen konnten. Die erste für später vorbildlich gebliebene derartige Einrichtung entstand 1866 am Sandtorhafen, der mittels breiter Straßendurchbrüche mit der Stadt und durch Eisenbahngleise mit den Bahnhöfen verbunden wurde. Dieser ersten Anlage folgten bald weitere Häfen am rechten Elbufer, das in den achtziger Jahren beim Zollanschluß völlig ausgebaut wurde.

Aus dem Anschluß an das deutsche Zollgebiet, mit dem sich eine feste wirtschaftliche Angliederung der Hansestadt an das deutsche Vaterland vollzog, ist die neuzeitliche große Bedeutung des hamburgischen Welthafens erwachsen. Seit dieser Zeit erstand aus dem alten Elbehafen, der sich im wesentlichen auf das Stromgebiet beschränkte, die Elbgroßstadt mit ihren dem Weltverkehr dienenden Freihafeneinrichtungen, die zu Musteranstalten ausgebildet, den Welthandel an sich zogen. Die mächtigen linkselbischen Hafenanlagen samt ihren Einrichtungen für den Flußschiffverkehr entstanden erst nach dem Zollanschluß. Der nach und nach auf etwa 4040 ha vergrößerte Hafen erstreckt sich jetzt von den Eisenbahnelbbrücken bis zum Köhlflet bei Finkenwärder mehr als 8 km elbabwärts. Die mächtigen linkselbischen Anlagen bilden der Hauptsache nach drei Gruppen; die älteste, bald nach dem Zollanschluß ausgebaute liegt zwischen den genannten Elbbrücken und dem Reiherstieg, von diesem durch das Industriegebiet des Kleinen Grasbrooks geschieden; westlich bis an den Köhlbrand erstrecken sich die 1902/03 dem Verkehr übergebenen Häfen des Kuhwärders, die vornehmlich der Hamburg-Amerika-Linie zur Verfügung stehen und um 1910 eine bedeutende Erweiterung nach Süden erfahren haben. Die dritte, neueste und zugleich größte, auf dem Gebiete der ehemaligen Domäne Waltershof, noch im Ausbau begriffene Hafengruppe reicht vom Köhlbrand noch 3 km elbabwärts bis zum Köhlflet und ist allein ungefähr so groß wie die älteren Hafenanlagen zusammen. Mit dem Ausbau der Hafenanlagen zugleich entstanden neue wichtige Eisenbahnverbindungen mit dem Hinterlande, die durch ein nach allen Richtungen ausgebautes Schienennetz der Stadt neues Leben zuführten und der Anlaß waren zum schnellen Aufschwung nicht nur des Binnenhandels, sondern des gesamten Handels- und Verkehrslebens überhaupt.

Etwa gleichzeitig mit dem Bau des Kaiser-Wilhelm-Kanals durch das Reich in den neunziger Jahren, der eine unmittelbare Verbindung von der Unterelbe zur Ostsee schuf, legte Hamburg zum Nutzen seines Seehandels an der Elbmündung in Cuxhaven einen Tidehafen an, der den von See kommenden Schiffen in Notfällen, zumal bei schwerem Eisgang im Winter, eine bei jedem Wasserstande zugängliche Zufluchtstätte bieten sollte. Bereits zehn Jahre später mußte dieser Tidehafen den gewaltig angewachsenen Ansprüchen der neuzeitlichen Seeschiffahrt entsprechend gründlich umgestaltet und erweitert werden. Hand in Hand mit den durch den Aufschwung von Handel und Verkehr bedingten Hafenerweiterungen ging auch eine bedeutende Ausdehnung der Schiffbauindustrie; die alten Werften wurden erheblich vergrößert, unter andern durch Schwimmdockeinrichtungen für die größten Schiffe. Daneben aber entstanden auch neue Werftanlagen von gewaltiger Flächenausdehnung an tiefem Wasser. Der Hamburger Hafen mit der von ihm umschlossenen großartig entfalteten Werktätigkeit, Maschinen- und Menschenkraft ist ein Abbild der Industrialisierung Deutschlands, zeigt, was alles Kohle und Eisen zu schaffen vermag; aber auch Landeserzeugnisse aller Art aus der ganzen Welt werden hier aus- und eingeschifft.

Nachstehende Zahlen mögen ein ungefähres Bild von der Größe der Hamburger Hafenanlagen und ihrem Verkehr im Jahre 1927 geben.

Die Wasserfläche des Hafengebietes umfaßt 1657 ha, das ist fast genau das Zehnfache der Außenalster. Von dieser Fläche liegt nahezu die Hälfte im Freihafen.

Die Seeschiffhäfen nehmen 508 ha ein, wovon vier Fünftel im Freihafen und ein Fünftel im Zollinland belegen sind.

Die Flußschiffhäfen umfassen rund 350 ha, hiervon befinden sich drei Siebentel im Freihafen, vier Siebentel im Zollinland.

Die Kaimauern an seeschifftiefen Häfen liegen fast alle im Freihafen und sind rund 34 km lang, gleich der Entfernung von Hamburg bis zum elbabwärts belegenen Städtchen Buxtehude.

An den Flußschiffhäfen gibt es rund 16 km Kaimauern, gleich der Entfernung bis Blankenese; von diesen liegt aber nur ein Drittel im Freihafen.

Die Gesamtlänge der aneinander gereihten Kaischuppen beträgt 18 km, der überdachte Kaischuppenlagerraum jedoch 64 ha, das ist fast das Dreieinhalbfache der Binnenalster. Nahezu das Vierfache dieser Wasserfläche, = 74 ha, ergibt den Gesamtumfang

der Lagerflächen in den Staats- und Privatspeichern des Freihafens.

Der Seeschiffverkehr im Hamburger Hafen belief sich im Jahr 1927 auf rund 16 000 angekommene Schiffe mit 19,5 Millionen Netto-Registertons und 20 100 abgegangene Schiffe mit 19,7 Millionen Netto-Registertons.

Mit dem Ausbau der Hafenanlagen haben die Verbesserungen im Elbstrom gleichen Schritt gehalten. Galten die Strombauarbeiten oberhalb der Stadt, als deren wesentlichste der bereits erwähnte, 1897 vollendete Durchstich der Kalten Hofe anzusehen ist, vornehmlich dem Schutze des Hafens gegen Versandung, so sind die Maßnahmen unterhalb Hamburgs ununterbrochen auf die Offenhaltung und Verbesserung des Seeweges gerichtet gewesen. Die Elbe, dieser größte und wichtigste der ausschließlich deutschen Flüsse, ist auf ihrem etwa 1200 km langen Binnenlauf schiffbar bis nach Böhmen hinein, und die Nebenflüsse, ebenso wie manche Seitenkanäle, schließen ein großes Gebiet der deutschen Binnenschiffahrt an den hamburgischen Seehafen an. In richtiger Erkenntnis dieser Tatsache hat Hamburg, obgleich nur ein geringer Teil der Unterelbe zu seinem Staatsgebiet gehört, und obschon im Lauf der Jahrhunderte durch große Naturereignisse und mächtige Nachbarn oft bedrängt, stets die Verbesserung der Schiffahrt bis zum Meere als seine Hauptaufgabe betrachtet und den Weg zur See aus eigenen Mitteln jederzeit aufrechtzuerhalten gewußt. Nicht mit Unrecht läßt sich behaupten, daß die politische und ökonomische Geschichte Hamburgs, ja der Ausbau der ganzen Stadt namentlich von einer Macht — den Bedürfnissen des Welthandels — beherrscht wird, daß der Seehafen der eigentliche Herr der Stadt ist. In unermüdlicher Arbeit von mehr als sieben Jahrzehnten hat Hamburg die bei mittlerem Hochwasser auf den Schulauer und Blankeneser Barren früher vorhandene Fahrwassertiefe von nur 4 m durch Baggerei und Regulierung auf 12 m gebracht, wobei auch die Zufahrt zum Harburger Hafen durch den vertieften und in der Mündung verlegten Köhlbrand volle Berücksichtigung fand. Im Jahre 1921 hat das Reich die seit Beginn der Schiffahrt Hamburg allein überlassen gewesene ausschließliche Fürsorge für Bezeichnung und Erhaltung des Seeweges von dem Hamburger Hafen, das ist von Blankenese bis zur See übernommen.

Nach Aufhebung der Festung um 1820 schritt der Häuserbau außerhalb der Stadt, wenn auch nur langsam, vor. Erst nach Beseitigung der Torsperre Ende 1860 begann in den Vororten eine rasche bauliche Entwicklung, aber bis 1870 behielt Hamburg sein behaglich einfaches Gepräge, dann kam ein gewaltiger Aufschwung. Die bisher mehr längs der Hauptlandstraßen erfolgte Bebauung griff auf Wiesen, Äcker, Gärten sowie öde Strecken über und wandelte sie in dichtbebaute Stadtteile. Nachdem 1868 die Vorstädte zur Stadt hinzugezogen waren, wurden 1894 die damaligen Vororte völlig eingemeindet. Durch diesen Zuwachs dehnte sich die Stadt, die bisher mit den beiden Vorstädten eine Fläche von rund 1230 ha inne hatte, auf etwa 7700 ha aus, also auf mehr als das Sechsfache ihres bisherigen Bestandes. Von dieser Fläche gehört der größere und am stärksten bevölkerte nördliche Teil der Geest an; die Südteile der inneren Stadt, St. Georgs, Borgfeldes, von Hamm und Horn sowie der ganze Billwärder Ausschlag nebst seiner östlichen Fortsetzung und die Gebiete am südlichen Ufer der Norderelbe liegen auf Marschland. Diese ursprünglich auf 3 bis 4 m über Null der Elbe belegenen Gelände wurden im Lauf der Zeit zum Zweck der Bebauung auf 6 bis 8 m über Null angehöht. Seit den letzten 40 Jahren betreibt man diese Aufhöhung planmäßig mit dem Ziele, alle für die städtische Bebauung bestimmten Ländereien auf die der Oberkante der Deiche entsprechende sturmflutfreie Höhe von + 9,20 m zu bringen. Ungenügende Höhen finden sich nur noch in den älteren Stadtteilen, von denen noch vor 20 Jahren einige Gebiete im Süderteil der Altstadt und der Neustadt, wenn „Hochwasser“ eintrat, von der Elbe so überflutet werden konnten, daß die Keller volliefen, die Straßen unbenutzbar wurden und auch in manchen Erdgeschossen das Wasser fußhoch stand.

Da mit der seit 1880 stattgehabten ungefähren Verdreifachung der Bevölkerung der Stadt (1880 380 000 Einwohner, 1927 1,11 Mill. Einwohner) nicht nur eine Vermehrung der städtischen Wohnungen, sondern auch der öffentlichen Gebäude kirchlicher und profaner Art unter Heranziehung eines großen Teils der Vororte Hand in Hand gehen mußte, so wurde das Stadtgebiet bis 1923 durch Eingemeindung benachbarter Gebietsteile auf rund 13 600 ha, d. i. um mehr als zwei Drittel des Bestandes von 1894 (7700 ha) ausgedehnt. Mit diesen wiederholten Eingemeindungen im Zusammenhang standen umfangreiche Ausführungen auf dem Gebiete des Straßenbaus, der Gesundheitspflege, des Entwässerungswesens, der Wasserversorgung und der Beleuchtung. Neben den auf drei vermehrten Gaswerken verbreiten fünf große Elektrizitätswerke ihre Wohltaten im Verkehr, in der Lichtversorgung, wie im gewerblichen und häuslichen Leben. Eine der größten im XIX. Jahrhundert stattgehabten Veränderungen innerhalb des Weichbildes der Stadt

rief der vorerwähnte Anschluß Hamburgs an den Deutschen Zollverein hervor. Die Zollanschlußbauten haben „An de Waterkant" im alten Hamburg am gründlichsten aufgeräumt. In großer Zahl schlossen sich bauliche Verbesserungen an, die zwar in erster Linie gesundheitlichen Zwecken galten; aber auch die Erfordernisse für Justiz und Verwaltung, für Bildungswesen wie für Wissenschaften und Künste tragen zur ununterbrochenen Umgestaltung des Stadtbildes bei. Der sich immer mehr ausdehnenden Stadt am weitesten vorausgeeilt ist die bis nahe an die Nordgrenze des Hamburger Gebietes vorgeschobene Irrenanstalt Langenhorn, ferner der Zentralfriedhof und das Zentralgefängnis, letztere beide alsteraufwärts, alle drei auf frei- und hochgelegenen Flächen; ebenfalls nordwärts vorgeschoben wurden die umfangreichen Krankenanstalten in Eppendorf und Barmbeck. Auf dem Heiliggeistfeld entstanden große Viehmärkte mit Gleisanschluß und über $1^1/_2$ ha weiten bedeckten Hallen, ihnen benachbart der etwa 6 ha umfassende Zentralschlachthof.

1892 fand am 50jährigen Gedenktag des großen Brandes die Richtfeier des neuen Rathauses statt, und nur wenige Monate später brach über Hamburg die Choleraepidemie herein, die dem Gemeinwesen schwere Wunden schlug und die Notwendigkeit der Sanierung der Stadt in den Vordergrund rückte. Zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse wurde zunächst durch schleunige Fertigstellung der bereits im Bau begriffenen zentralen Sandfiltration auf der Kalten Hofe gutes Wasser beschafft. Der Vorsorge zur tunlichsten Verhütung ähnlicher Epidemien zu verdanken ist die Entstehung der Desinfektionsanstalt und der Anlagen zur Verbrennung des Hausunrates. Ein Teil der in der inneren Stadt noch vorhandenen engen Wohngebiete wurde in weite, gesunde Straßenanlagen umgewandelt; aber diese auf eine Reihe von Jahren verteilten Arbeiten konnten des 1914 ausgebrochenen Krieges und seiner Folgen wegen nicht zum Abschluß gebracht werden. In Zusammenhang mit diesen der gedeihlichen Entwicklung der Bevölkerung dienenden Neuschaffungen steht auch die Ausbildung der öffentlichen Parkanlagen (Stadtpark in Winterhude), der Spielplätze, der Flußbadeanstalten und Warmbadeanstalten, des Pflasterwesens und der Marktplätze.

Besonders große Anstrengungen erheischte das Verkehrswesen, das zu Beginn des XX. Jahrhunderts Anlaß zu weitgreifenden neuerlichen Umwälzungen gab und in einer völligen Umgestaltung der Verkehrsmittel, voran der Eisenbahn, bestand. Sämtliche teils aus dem ersten Zeitalter der Dampflokomotive stammenden, nach und nach ganz unzulänglich gewordenen Bauwerke hat man durch stattliche, teils monumentale Neubauten ersetzt. An Stelle der zerstreut liegenden Einzelbahnhöfe erstand in den bisherigen Wallanlagen beim Steintor unter Einbeziehung alter Friedhöfe der Hauptbahnhof als Ein- und Ausgangspunkt für sämtliche Eisenbahnlinien einschließlich der neu hinzugekommenen Vorortsbahn.

Mit Beginn der Umwandlung der inneren Stadt zur Geschäftsstadt, d. h. der Verlegung der Wohnungen vors Tor hinaus, war das Bedürfnis nach Vermehrung der Beförderungsmittel im Kleinverkehr hervorgetreten und unausgesetzt gewachsen. Aus der ersten Pferdebahn, die seit 1866 die Omnibuslinien eine nach der andern ablöste, entwickelte sich ein weitverzweigtes, durch Einführung der Elektrizität zu hoher Ausbildung gebrachtes Straßenbahnnetz, und Stadt wie Vororte sind nach allen Richtungen von Gleisen durchzogen, die die Eigentümlichkeit aufweisen, daß fast sämtliche älteren Hauptlinien der Börse zustreben oder den benachbarten Rathausmarkt berühren.

Die Gesamtlänge der fast sämtlich doppelgleisigen Straßenbahnen beträgt 210 km, gleich der Entfernung zwischen Hamburg und Warnemünde an der Ostsee; von dieser Länge liegen etwa zwei Drittel auf Hamburger Gebiet.

Als die Straßenbahn den ständig wachsenden Ansprüchen nicht mehr zu genügen vermochte, wurde die von den Straßen völlig getrennte Hochbahn gebaut, die 1912 die bislang fehlende Eisenbahnringlinie um Hamburg und die dringend nötige Beschleunigung des Verkehrs brachte. Die Ausführung der den innern Stadtkern durchbrechenden Hochbahn und die zum Teil mit ihr eng verbundenen Sanierungsbauten haben das Stadtbild besonders tief eingreifend umgestaltet; der Sanierung hat Hamburg seine malerischen Höfe und Gänge, seine geringen Reste alter Fachwerkbauten großenteils geopfert, so daß von der alten niederdeutschen Eigenart der Stadt nicht mehr viel zu finden ist.

Die Vorortsbahn Blankenese—Ohlsdorf und die mit ihren sich weit auf das Landgebiet und die hamburgischen Walddörfer erstreckenden Abzweigungen 73 km lange Hochbahn ermöglichten es auch, der durch die Sanierungsabbrüche aus der innern Stadt verdrängten minderbemittelten Bevölkerung, sich mehr an der Peripherie der städtischen Bebauung ein gesundes Heim zu schaffen.

Neben der Hochbahn und der Straßenbahn wurden 1921 als neues, nicht an Gleise gefesseltes Beförderungsmittel die Kraftwagen — Autobus genannt — in Betrieb gesetzt, deren Linien den von Straßenbahnen nicht berührten dicht bebauten äußeren Wohnvierteln zugute kommen. Diese drei Verkehrs-

anstalten haben einschließlich der Alsterdampfer im Jahre 1927 insgesamt 351 Millionen Fahrgäste, das ist fast sechsmal die ganze Bevölkerung des Deutschen Reiches befördert.

Um den ausgedehnten gewerblichen Anlagen im Osten der Stadt den ersehnten Gleisanschluß zu schaffen, wurde 1906 bis 1907 die Billwärder Industriebahn gebaut mit Fortsetzung nach Trittau sowie zur Aufschließung der Vierlande gleichzeitig die Bahn von Bergedorf nach Geesthacht mit Anschluß nach Zollenspieker 1912; ferner die seit 1919 durch die fruchtbaren Gegenden längs der Norderelbe im Bau begriffene Marschbahn, die insbesondere die dort in erheblichen Mengen erzeugten Gemüse und Früchte schneller und billiger als bisher an den Hamburger Markt bringen wird.

Die dem neuesten und schnellsten Verkehrsmittel, der Luftschiffahrt, dienende große eiserne Halle auf dem geräumigen Flugplatz nördlich der Stadt, in Fuhlsbüttel, hat dem Gewaltvertrag von Versailles zum Opfer gebracht und durch eine Reihe bescheidener Baulichkeiten notdürftig ersetzt werden müssen.

Zwei andere, ebenfalls ausschließlich der Förderung des Verkehrs dienende bedeutende Bauwerke der Neuzeit sind die bereits 1839 mit dem Beginn der Hamburger Elb- und Seedampfschiffahrt entstandenen, 1869 bis 1871 erweiterten und 1906 völlig umgestalteten, über 400 m langen St. Pauli-Landungsbrücken, sowie in ihrer unmittelbaren Nähe der 1911 in Betrieb genommene Elbtunnel nach Steinwärder. Letzterer verkürzt den für Fuhrwerk 4,2 km langen Umweg über die Elbbrücke auf rund 450 m und bietet dem beträchtlichen Arbeiterverkehr nach den Industrieanlagen des südlichen Ufers der Norderelbe einen auch bei Nebel und Eisgang nicht versagenden Weg.

Nicht weit von diesen Elbbauwerken wurde 1906 auf einer ehemaligen Bastion am Millerntor das Bismarckdenkmal in einer das Wesen des großen Staatsmannes künstlerisch allgemein verständlich zur Darstellung bringenden monumentalen Größe enthüllt.

Auf einem freien Platz, dem Dammtorbahnhof gegenüber, erhebt sich das im Jahre 1911 entstandene, seit 1918 die Universität bergende Vorlesungsgebäude.

Das 1897 in Benutzung genommene Rathaus am Rathausmarkt, einem ehemals teils von Flußschiffen, teils von Klostergebäuden eingenommenen Platz, bildet mit der in unmittelbarem Zusammenhang mit ersterem ausgeführten Börse einen einzigen Baublock, das eigentliche Herz des Stadtstaates und zugleich ein besonderes Merkmal der Kaufmannsstadt.

Ein sichtbares Zeichen der Zusammengehörigkeit der drei übriggebliebenen Hansestädte besitzt Hamburg in dem 1912 eingeweihten Gebäude des Hanseatischen Oberlandesgerichts am Sievekingplatz.

Noch mancherlei andere neuzeitliche Schöpfungen, die die wirtschaftliche Lebenskraft Hamburgs bezeugen und zum steten Wechsel der historischen Gesamterscheinung der Stadt und ihrer Umgebung beitragen, wäre zu gedenken, so der auf Grund eines weitsichtigen Bebauungsplanes neuerlich im Norden der Stadt beschafften Kanalisierung der Alster bis Fuhlsbüttel, die der unaufhaltsam vordringenden städtischen Bebauung in einem bisher ländlichen Wiesental neue weite Besiedlungsflächen für die in Hamburg so beliebten Gartenhäuser am Wasser erschlossen hat.

Überall fördern hanseatische Arbeitskraft und Unternehmungslust die Wohnlichkeit, Gesundheit und Schönheit der Stadt, deren Entwicklung es mit sich brachte, daß sie, das Alte verdrängend, jener Überreste, die in ihrer Romantik, Großartigkeit und Ehrwürde den Blick des Fremden fesseln, fast völlig entbehrt.

Die eigenartige, selbständige und großzügige Art, wie die alte Hansestadt innerhalb rund 80 Jahren ihre vollkommene Wandlung zur neuzeitlichen Großstadt und zur größten Handelsstadt des europäischen Festlandes vollzogen hat, ist ein Ergebnis seiner gesunden Lebenskraft, die der deutschen Wirtschaft und der deutschen Kultur ständig neue Kräfte zuführt.

Über die Weiterentwicklung der Stadt und ihrer preußischen Nachbarstädte zu jenem „Großhamburg", dessen Kommen sich bedeutungsvoll vorbereitet, können wir uns noch keine zutreffende Vorstellung machen. Möchte aber ein guter Stern über dieser, gewaltige Opfer erheischenden Umbildung walten, damit auch die Nachkommenschaft mit gleicher Genugtuung auf das Geschaffene blickt, wie die Gegenwart auf unser heutiges Hamburg.

DAS KLIMA VON HAMBURG

VON REGIERUNGSRAT DR. PERLEWITZ, DEUTSCHE SEEWARTE

1. ALLGEMEINES.

KLIMA ist ein Begriff, der meteorologische Mittel- und Grenzwerte und ihren Einfluß auf den menschlichen Körper umfaßt.

Die älteste Schrift über „Hamburgs Klima und Witterung" ist von *Dr. Buek* 1826 veröffentlicht worden; sie enthält Beobachtungen von *Dr. Willerding* aus den Jahren 1807—1824. Später beobachteten *Harris* und *Campbell* und seit 1856 *Dr. Scharenberg* in Altona. Von Dezember 1867 an stellte die (Nord-) Deutsche Seewarte Beobachtungen an. Auf Grund dieser erschien in der Festgabe der 49. Naturforscherversammlung in Hamburg 1876 S. 44—79 ein Beitrag „Über das Klima von Hamburg-Altona", und später behandelte *R. Kummer* „Das Klima von Hamburg 1876—1899", Hamburg 1901, Oberrealschulbericht Uhlenhorst.

Wenn es in der ältesten Festgabe an die Teilnehmer der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte vom Jahre 1830 heißt: Hamburg hat den Winter von Wien, den Frühling von Warschau, den Sommer von London und den Herbst von Kopenhagen, so ist dies so zu verstehen, daß Hamburg im allgemeinen einen verhältnismäßig warmen Winter, kalten Frühling, trüben Sommer und ziemlich heiteren Herbst hat. In den einzelnen Jahren bestehen naturgemäß Abweichungen vom Durchschnitt.

Der Wechsel der Temperatur von Tag zu Tag ist in Hamburg nicht besonders groß, während der des Luftdrucks im Winter oft ziemlich erheblich ist. Diese Luftdruckschwankungen bedingen die große Unbeständigkeit der Hamburger Witterung. Abends ist der Luftdruck im Mittel etwas größer, mittags etwas kleiner, als dem Tagesmittel entspricht. Die höchsten Stände des Barometers, Thermometers und Trockenheitsmessers treten in der Regel bei Nordostwind auf. Vorherrschend aber sind West- und Südwestwinde, im Frühjahr auch nordwestliche; Nordwind ist am seltensten; Westwind bringt den meisten Regen, Nordostwind im Winter häufig Schnee.



Deutsche Seewarte in Hamburg.

Trübes Wetter, wo die mittlere Tagesbewölkung mehr als 8,0 ($^{8}/_{10}$) beträgt, ist in Hamburg doppelt so häufig wie heiteres Wetter, wo die mittlere Tagesbewölkung kleiner als 2,0 ist.

Mit dem ziemlich rauhen, feuchten Klima steht in Übereinstimmung, wie in der Festschrift vom Jahre 1830 gesagt ist, der Wohnungsbau, die Beschäftigung, Lebensweise und äußere Bildung des Hamburgers. In der Neuzeit sind mit den Fortschritten des Verkehrs diese Gegensätze allerdings stark zurückgegangen, nur wenig Eigenart ist, wie anderswo, auch in Hamburg erhalten geblieben. In jener Festschrift heißt es von den Hamburgern: „Ihre Kleidung ist den Launen des Wetters angemessen, einfach und von Auffallendem entfernt (1830!);

dagegen liebt auch der Durchschnittshamburger sehr die wohlbesetzte Tafel"; ferner heißt es vom Handel der Hamburger: „Der Handel ist am meisten angesehen im Hamburger Leben", und von der Ehe der Hamburger, „daß sie selten im Himmel geschlossen werde, desto häufiger auf den Comptoiren".

Viele Krankheiten und ihre Heilung sind in Hamburg, wie auch anderswo, vom Klima, Wetter und von den Jahreszeiten abhängig. Dabei spielen Feuchtigkeit, Wind, Temperatur und Sonne die Hauptrolle. Es kommt sowohl auf die Mittel- oder Durchschnittswerte aus vielen Jahren an, als auch auf die Grenzen, innerhalb deren die Wetterelemente schwanken; besonderen Einfluß haben plötzliche und starke Wetterumschläge. Am gesündesten scheint Hamburg im Herbst zu sein. In dieser Jahreszeit und ferner im Mai herrscht der meiste Sonnenschein und die geringste Bewölkung. Für ganz Deutschland hat der September die kleinste Monatsbewölkung.

Die Mittelwerte der meteorologischen Elemente geben uns ein Bild vom Klima des betreffenden Ortes. 10 bis 25 Jahre reichen hierzu hin. Ändern sich die Mittelwerte im Laufe von Jahrzehnten oder Jahrhunderten, so spricht man von Klimaänderungen. Aus den aus Deutschland vorliegenden meteorologischen Beobachtungen seit etwa 150 Jahren können wir bisher keine Klimaveränderungen ableiten.

Hamburg hat, da es nicht am Meer liegt, kein reines Seeklima, aber auch kein Kontinentalklima, sondern ein Übergangsklima mit Vorherrschen des Seeklimas, das in seinem *Nordseebad Cuxhaven* in erheblich höherem Maße ausgebildet ist.

Da sich das Klima eines Ortes aus der Summe aller einzelnen täglichen Wettererscheinungen und -elemente zusammensetzt, so können und wollen wir den täglichen Wetterdienst auch hier nicht ganz außer acht lassen. Es kommt hinzu, daß er in den letzten Jahren erhöhte praktische Bedeutung gewonnen hat. Auf ihn greifen viele Zweige des Erwerbslebens zurück, da sie von ihm wirtschaftlich beeinflußt werden. Eine genaue Darstellung und Theorie hier zu geben, fehlt aber der Platz. Es sei daher in den letzten beiden Abschnitten 10 und 11 an der Hand von zwei Bildern nur eine Übersicht über den umfangreichen täglichen Wetter- und Wetternachrichtendienst gegeben, wie er sich in Hamburg (auf Deutschlands Wetternachrichtenzentrale, der Deutschen Seewarte) abspielt und für das Hamburger Wirtschaftsleben nutzbar angewandt wird.

Zunächst aber stellen wir die klimatischen Elemente von Hamburg im einzelnen kurz dar. Die in den Tabellen enthaltenen Mittel sind für die älteren Beobachtungen von *Dr. van Bebber*[1] und *Dr. Großmann*, für die neueren, insbesondere die 50jährigen, von *Dr. Gentzen*[2] und zum Teil von mir berechnet worden.

2. *LUFTDRUCK.*

Als höchster und niedrigster Luftdruck wurden in Hamburg beobachtet:

Tabelle 1.
Höchste und niedrigste Barometerstände.

792,6 mm	am 23. Januar 1907,
786,7 „	„ 16. Januar 1882,
785,0 „	„ 10. Dezember 1859,
784,9 „	„ 20. Januar 1925,
783,2 „	„ 4. Januar 1789,
717,4 „	„ 25. Dezember 1821,
717,8 „	„ 2. Dezember 1806,
723,9 „	„ 12. März 1876,
724,1 „	„ 7. März 1783,
724,9 „	„ 9. Februar 1889,
726,4 „	„ 20. Februar 1907,
726,6 „	„ 9. Dezember 1886,
727,2 „	„ 29. November 1897.

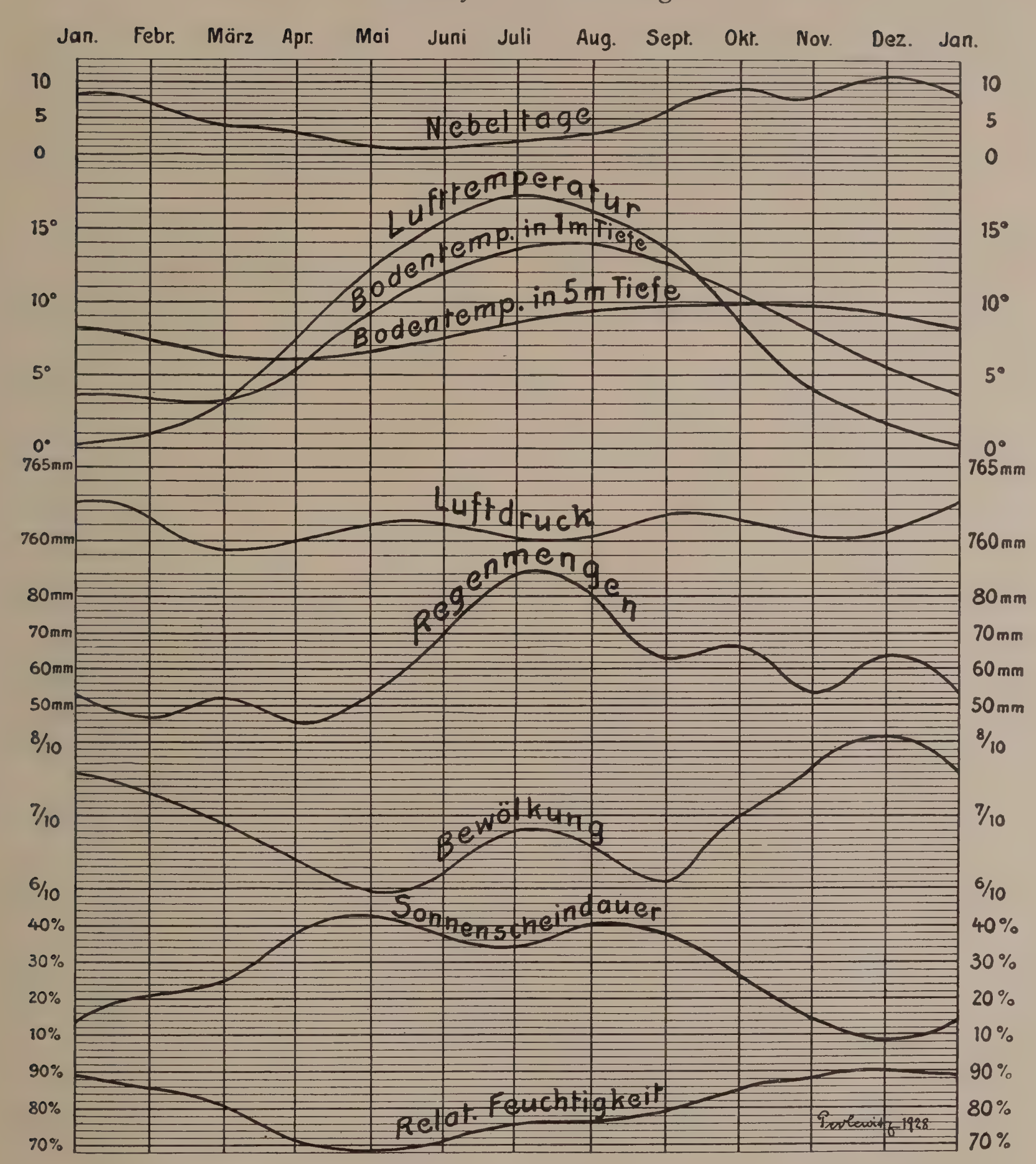
Tabelle 2. Mittelwerte des Luftdrucks in Hamburg.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
1667/76. .	62,4	62,1	60,0	60,7	60,9	61,5	61,3	60,8	60,1	59,5	58,7	59,6	60,5
1876/00. .	62,3	61,1	58,7	59,4	60,5	60,7	59,7	59,8	61,0	59,7	60,8	60,1	60,3
1876/25. .	62,6	61,6	59,3	60,0	61,0	61,1	60,1	60,3	61,6	60,3	61,3	60,6	60,8

Die Hauptstraße, auf der die europäischen Tiefdruckgebiete wandern, führt vom Atlantischen Ozean über die Britischen Inseln nach der Nordsee oder der Westküste Norwegens; zum großen Teil wandern die Tiefs dann weiter über Südskandinavien nach der nördlichen Ostsee. Dadurch erklärt sich das Vorwiegen der Winde und Stürme aus West an der deutschen Nordseeküste und in Hamburg. Vorwiegend treten diese Stürme im Winterhalbjahr ein; sie werden von milder, feuchter Witterung begleitet.

[1] Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs, 1901, Leop. Voß, Seite 15—26.
[2] Köppenheft der Annalen der Hydrographie, 1926, Seite 32—33.

Klimatafel von Hamburg.



Nebenstehende Tabelle 2 (S. 12) gibt die Monatsmittel des Luftdrucks und das Jahresmittel aus den verschiedenen vorliegenden Beobachtungszeitspannen. Das 50jährige Mittel habe ich auch in der Zeichnung bildlich dargestellt. (Klimatafel von Hamburg.)

Auf den menschlichen Körper und sein Wohlbefinden hat der Luftdruck im Gegensatz zu allen andern Wetterelementen keinen Einfluß. Man muß schon einige Kilometer in die Höhe steigen (im Luftfahrzeug etwa 6 km), um die Luftdruckabnahme und ihre Wirkungen (Höhenkrankheit) zu merken.

3. *TEMPERATUR.*

a) LUFTTEMPERATUR.

Die mittleren Jahrestemperaturen in Deutschland liegen zwischen +10,1° am Rhein und +5,4° in Masuren. In der folgenden Tabelle 3 geben wir die mittleren Monatstemperaturen für Hamburg für die verschiedenen Beobachtungsperioden:

Tabelle 3. Mitteltemperaturen.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
1856/76 . .	0,8	1,5	3,9	8,2	12,3	16,3	17,8	17,3	14,3	9,8	4,1	1,9	9,0
1876/00 . .	0,6	0,8	2,8	7,4	11,7	15,6	16,8	16,4	13,6	8,6	4,1	1,0	8,2
1876/25 . .	0,2	1,1	3,2	7,5	12,4	15,4	17,2	16,2	13,6	8,7	4,0	1,6	8,4
1910/15 . .	in Bergedorf (Sternwarte)												8,2

Die mittleren Julitemperaturen schwanken in Hamburg zwischen +21° und +14°, die mittleren Januartemperaturen zwischen +5° und —4°. Vor 1867 wurde nur in Altona, nach 1867 auch in Hamburg auf der Deutschen Seewarte beobachtet; die Unterschiede waren unwesentlich, Altona erwies sich etwa 0,2° kälter als Hamburg. Außerhalb der Stadt ist die Temperatur im Mittel etwa 1/2° kälter als innerhalb der Stadt. Der 15. Januar ist der kälteste, der 22. Juli der wärmste Tag im Jahr.

Als höchste Temperaturen wurden in Hamburg gemessen:

Tabelle 4. Höchste Temperaturen.

33,5° am 14. Juli 1923,
33,1° „ 9. September 1915,
32,1° „ 2. August 1921,
32,0° „ 4. Juli 1883,
31,7° „ 27. Mai 1892,
31,1° „ 5. Juni 1877,
31,0° „ 19. August 1893,
(38,8° „ 14. Juli 1923 in Bergedorf Sternwarte).

An heißen Tagen ist der Stoffwechsel im Menschen geringer als an kalten, in den Tropen kleiner als im Polargebiet. Im menschlichen Körper wird die Hitze dadurch etwas kompensiert, daß die Verbrennung in der Leber herabgesetzt wird und der Mensch schwitzt, d. h. Wasser und Salz ausscheidet. Gegen den dadurch wieder erzeugten Durst helfen also salzige Suppen (*Kestner*).

Die niedrigsten Temperaturen, die in Hamburg beobachtet worden sind, waren:

Tabelle 5. Niedrigste Temperaturen.

—19,8° am 25. Dezember 1876,
—18,4° „ 18. Januar 1893,
—16,8° „ 7. Februar 1895,
(—24,2° „ 4. Febr. 1912 in Bergedf. Sternwarte).

Maifröste treten, wie anderswo in Deutschland, auch in Hamburg auf, wenn der Wind von West auf Nordwest dreht und ein Kälteeinbruch, ein Vorstoß der Polarfront, mit klarem Wetter folgt.

Zu den verschiedenen Tageszeiten herrschen folgende Mitteltemperaturen in Hamburg:

Tabelle 6. Tagesgang der Temperatur.

Um 8 Uhr 7,5°,
„ 14 „ 10,6°,
„ 20 „ 8,7°.

Die Mitteltemperatur in Hamburg beträgt 8,4°. Die Monatsmittel ergeben sich aus der Temperaturkurve auf der Abbildung und aus der Tabelle 7 (Seite 15) der Mitteltemperaturen von 1901 (1821) bis 1927.

In Tabelle 8 ist die Zahl der Frosttage (Minimum unter 0°, Maximum über 0°), der Eistage (Maximum unter 0°) und der Sommertage (Maximum über 25°) angegeben und mit einigen andern Orten in Deutschland verglichen.

Tabelle 8. Frost-, Eis- und Sommertage.

	Hamburg			M = Marggrabowa, G = Geisenheim	K = Köln, H = Helgoland
	Jahresmittel 1876/1925	Maximum	Minimum	Jahresmittel	
Zahl der Frosttage	71	93(1917)	34(1910)	M 144	K 50
Zahl der Eistage	19	33(1924)	2(1911)	M 57	K 10
Zahl der Sommertage	12	—	—	G 49	H 2

Tabelle 7. Monatsmittel der Lufttemperatur in Hamburg seit 1821[1].

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
1901	—3,2	—2,1	2,2	8,4	12,5	15,0	19,3	17,0	14,6	10,3	4,4	1,2	8,3
1902	3,9	—1,8	3,3	7,3	8,8	16,0	15,3	14,3	12,1	7,8	2,6	—0,2	7,4
1903	1,1	4,3	6,5	5,6	13,0	15,3	16,5	15,1	14,2	9,8	5,1	0,4	8,9
1904	0,3	1,5	3,2	8,7	11,8	14,9	17,5	16,4	13,2	8,6	4,6	3,6	8,7
1905	—0,2	2,2	5,0	5,6	12,8	17,5	18,1	16,6	13,3	5,7	3,5	2,1	8,5
1906	1,8	1,6	2,6	8,7	13,7	15,5	17,3	17,1	14,0	10,1	7,6	—1,2	9,1
1907	0,5	—0,7	3,4	7,1	12,6	14,5	14,7	15,2	13,6	12,4	3,2	2,5	8,2
1908	0,2	3,0	3,3	5,9	12,6	17,0	17,9	15,3	13,0	9,1	2,3	0,6	8,4
1909	—0,1	—1,3	1,6	7,8	10,6	14,4	15,5	16,3	13,6	11,3	3,1	2,8	8,0
1910	2,3	3,5	4,9	7,9	13,2	17,8	16,2	17,0	13,8	9,8	3,1	3,6	9,4
1911	1,9	3,1	4,5	7,8	14,3	15,2	18,4	19,7	14,9	9,2	5,6	3,8	9,9
1912	—1,8	1,7	6,3	8,0	11,4	15,9	19,2	15,1	10,8	7,7	4,7	5,1	8,7
1913	0,5	2,7	6,3	8,9	13,4	15,5	15,8	15,4	14,1	9,7	7,6	3,8	9,5
1914	0,2	5.0	5,2	9,9	11,4	15,4	19,2	17,9	14,2	9,4	4,7	4,5	9,8
1915	1,1	1,7	2,1	7,7	12,1	16,8	16,3	15,8	13,4	7,4	2,8	2,8	8,3
1916	4,5	1,0	3,0	8,8	12,9	13,1	16,2	16,2	12,6	9,1	5,5	2,4	8,8
1917	—0,9	—2,0	—0,2	4,8	14,2	19,5	17,5	17,8	14,7	8,1	6,4	0,0	8,3
1918	1,6	2,5	4,6	8,6	14,1	13,2	16,9	16,2	12,8	9,5	4,1	4,7	9,1
1919	1,6	0,3	3,1	7,0	12,7	15,3	14,9	15,6	15,0	7,0	0,4	0,7	7,8
1920	2,7	4,0	6,9	10,2	13,3	15,4	17,7	15,3	13,4	7,5	2,1	1,1	9,1
1921	5,0	2,5	6,8	9,0	14,2	14,3	17,8	17,4	14,0	11,4	0,9	2,3	9,6
1922	—2,5	—0,7	3,7	6,2	13,4	15,4	16,0	15,6	12,2	5,7	3,8	3,8	7,7
1923	3,3	0,3	5,5	7,0	11,0	11,2	18,8	15,1	13,3	10,7	3,5	—1,4	8,3
1924	—1,7	—1,6	2,4	6,1	14,4	15,3	16,8	15,2	14,1	9,9	4,1	3,4	8,2
1925	3,8	4,2	2,2	8,8	14,9	14,9	19,2	16,8	11,7	9,0	2,8	—0,5	9,0
1926	0,6	3,9	4,4	9,8	11,0	14,6	18,6	16,4	14,7	7,6	6,2	2,7	9,2
1927	2,2	1,6	7,0	6,8	10,1	13,2	18,1	17,2	13,5	9,9	2,5	—2,1	8,3

Der erste Frosttag fällt in Hamburg im Durchschnitt auf den 31. Oktober, der letzte auf den 10. April. Die längste Aufeinanderfolge von Frosttagen betrug 31 Tage und von Eistagen 20 Tage.

b) BODENTEMPERATUR.

Für kulturell-hygienische und technische Zwecke in Hamburg, wie Bodenbearbeitung, Bauunternehmen, Kabellegung seitens der Elektrizitätswerke usw. ist es wichtig, die Temperatur des Erdbodens bis zu einigen Metern Tiefe, sowohl im Mittel als auch im jährlichen und täglichen Verlauf zu kennen.

Die oberste Bodenoberfläche wird tags erheblich stärker erwärmt als die Luft, im Sommer bis zu 25° stärker, dagegen ist sie nachts nur wenig kälter als die Luft. Das Temperatur-Maximum tritt schon um 13 Uhr, das Minimum erst bei Sonnenaufgang ein.

Die tägliche Periode reicht selbst im heißen Kontinentalklima nur bis 1 m Tiefe; sie beträgt schon in 0,5 m weniger als 0,5°. Die Uhrzeiten des Eintritts der Maxima und Minima sind hier etwa die entgegengesetzten wie an der Oberfläche wegen der starken Verzögerung des Temperatureinflusses mit der Tiefe. Fester und nasser Boden leiten die Wärme besser als loser und trockener.

Im jährlichen Gang der Temperatur findet nach der Tiefe zu neben der Abschwächung eine jahreszeitliche Verzögerung statt, die in 6 m Tiefe fast ein halbes Jahr beträgt, so daß von April bis August die Temperaturen etwas unter 14°, in den andern Monaten etwas darüber liegen.

Nur sehr lange Frostperioden machen sich bis zu größeren Tiefen, höchstens allerdings bis 0,7 m Tiefe, im jährlichen Gang bemerkbar.

Die Bodentemperaturen für Hamburg sind in Tabelle 9 (Seite 16) zusammengestellt; die Tabelle 10 (Seite 16) gilt für Mittel- und Ostdeutschland (genau für Königsberg i. Pr.) und für Hamburg nur ungefähr.

[1] Temperaturen von 1821—1900 siehe: Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs, L. Voß, Hamburg, 1901, Seite 22.

Tabelle 9. Bodentemperaturen in Hamburg
(nach Beobachtungen 1886—1891 auf die mittlere Lufttemperatur von 1876—1925 reduziert).

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahr Hamburg	Jahr Bergedorf
Mittlere Lufttemperatur 1876/1925	0,2	1,1	3,2	7,5	12,4	15,4	17,2	16,2	13,6	8,7	4,0	1,6	8,4	8,2[1], 9,2[2]
Temperatur in 0,5 m Tiefe														
Mittel	1,7	1,4	2,3	6,1	11,5	14,0	15,2	14,9	13,1	10,0	6,4	3,9	8,4	9,7
Maximum	5	4	9	10	16	18	19	20	17	15	10	8	20	
Minimum	-2	-3	-1	1	6	8	11	11	8	4	1	1	-3	
Temperatur in 1 m Tiefe														
Mittel	3,6	3,4	3,2	5,2	9,3	11,9	13,5	13,9	12,7	10,5	7,9	5,6	8,4	9,9
Maximum	6	5	7	8	13	15	16	16	15	13	12	10	16	
Minimum	1	1	0	2	6	8	11	10	9	7	4	2	0	
Temperatur in 5 m Tiefe														
Mittel	8,2	7,3	6,5	6,1	6,6	7,5	8,5	9,3	9,6	9,9	9,7	9,1	8,2	9,6
Maximum	10	9	8	8	8	9	10	11	11	11	11	11	11	
Minimum	7	5	4	5	5	6	7	8	8	8	8	7	4	

Tabelle 10. Reihenfolge der 12 Monate (1 bis 12) nach ihrer Temperatur für die Tiefen von 0 bis 5 m für Mitteleuropa.

Tiefe	Kältester Monat						Wärmster Monat						Temperatur des kältesten und wärmsten Monats		Temperaturschwankung der Monatsmittel
Boden	1	2	12	3	11	4	10	5	9	6	8	7	—1°	+19°	20°
1 m	3	2	1	12	4	11	5	10	6	9	7	8	—2°	+16°	14°
2 m	3	2	4	1	5	12	11	6	10	7	9	8	—3°	+14°	11°
3 m	4	3	2	5	1	6	12	11	7	10	8	9	—5°	+12°	7°
4 m	4	5	3	2	6	1	7	12	8	11	10	9	—6°	+11°	5°
5 m	5	4	3	6	2	7	1	8	12	9	11	10	—6°	+10°	4°

Tabelle 11. Elbwasser-Temperatur bei Hamburg um 8 Uhr.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
Mittel (1882—99)	0,8	1,2	3,4	8,7	14,4	18,3	19,4	18,6	15,6	10,1	4,9	1,8	9,8
Maximum	5,8	6,4	10,8	16,8	21,1	24,8	24,1	33,8	22,7	16,1	10,2	6,8	24,8
Minimum	0	0	0	2,4	8,5	12,6	14,5	14,8	10,3	3,8	0,0	0,0	—

Tabelle 12. Mittlere absolute Feuchtigkeit in g/cbm oder mm Druck des Wasserdampfes.

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahr
1876—1925	4,4	4,5	4,9	5,9	7,7	9,7	11,2	11,0	9,5	7,5	5,6	4,8	7,3
1910—1925 in Bergedorf, Sternwarte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,2

c) ELBWASSERTEMPERATUR.

Das Wasser der Elbe ist im Mittel erheblich wärmer als die Luft; selbst die Wassertemperaturen am Morgen um 8 Uhr sind höher als die mittleren Tagestemperaturen der Luft, und zwar in allen Monaten, besonders im Sommer, wie aus dem Vergleich der Tabelle 4 mit der Tabelle 11 hervorgeht:

[1] in englischer Hütte 1910—1918, [2] am Boden 1912—1918.

4. *LUFTFEUCHTIGKEIT.*

Je wärmer die Luft ist, um so mehr Feuchtigkeit kann sie aufnehmen; daher ist die absolute Feuchtigkeitsmenge von der Temperatur abhängig, wie Tabelle 12 zeigt.

Die Feuchtigkeit zu den verschiedenen Tageszeiten ist von der Tageszeit nur wenig abhängig, wie Tabelle 14 zeigt. Trotzdem es um 20 Uhr erheblich

kälter ist als um 14 Uhr, ist die absolute Feuchtigkeit nicht geringer, folglich muß die relative Feuchtigkeit, d. h. die Prozente der Sättigung der Luft mit Wasserdampf, am Abend größer sein als am Nachmittag, wie auch die Bildkurve auf Seite 13 und die folgende Tabelle der relativen Feuchtigkeit zeigen:

Eine Zone größter Niederschläge zieht sich über Nordwestdeutschland in etwa 100 km Entfernung von der Küste von Westen nach Osten. Hamburg liegt gerade im Gebiet dieses Regenstreifens.

Besonders interessant erscheint der Vergleich der Niederschlagsperioden der 25 Jahre vor und nach

Tabelle 13. Mittlere relative Feuchtigkeit in % (mit Wasserdampf gesättigte Luft 100%).

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahr
1876—1925	89	86	81	72	69	71	76	77	79	85	88	90	81
Größt. beobacht. Trockenh. v. H.	42	38	33	21	25	23	22	23	28	31	25	44	21
1910—1925 in Bergedorf, Sternwarte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	84
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19

Tabelle 14. Tagesgang der Feuchtigkeit.

Zeit	Relative Feuchtigkeit	Absolute Feuchtigkeit
um 8 Uhr	88 v. H.	7,1 mm
um 14 Uhr	74 v. H.	7,4 mm
um 20 Uhr	79 v. H.	7,4 mm
Tagesmittel	81 v. H.	7,3 mm

Der Unterschied der absoluten Feuchtigkeiten zwischen 8 und 14 Uhr, Tabelle 14, ist nur gering, weil die relative Feuchtigkeit am Morgen erheblich größer ist als am Mittag (88 v. H. gegen 74 v. H.).

Am trockensten ist der Monat Mai mit weniger als 70 v. H. relativer Feuchtigkeit, am feuchtesten sind November bis Februar mit über 85 v. H.

Das in den Wolken enthaltene sichtbare Wasser in Tröpfchenform ist gegenüber dem unsichtbaren Wasserdampf in diesen Angaben nicht enthalten.

5. NIEDERSCHLÄGE.

Die Zahl der Niederschläge und die Zahl der Tage mit Niederschlägen ist in Hamburg verhältnismäßig groß, da sich die Wetterlage schnell ändert, die Fronten schnell vorüberziehen, und der Regen mehr in Schauern als in sogenannten Landregen fällt. Auch spielt der Industrie- und Großstadtstaub dabei eine Rolle. Es kommen natürlich auch langandauernde Aufgleitregen vor, wenn die Wetterlage nicht schnell wechselt. Die Verteilung der Niederschläge auf die einzelnen Monate zeigen uns die Zeichnung Klimatafel S. 13 und die folgende Tab. 15:

1900. Es hat sich folgendes ergeben: Der Winter, November bis Januar, ist anscheinend niederschlagsreicher geworden, jeder der drei Monate um 10 mm, von 48+58+48 = 154 auf 58+68+58 = 184 mm. Dagegen ist der Oktober im Mittel scheinbar um 18 mm niederschlagsärmer geworden, von 75 auf 57 mm. Der August hat den Juli überholt, was in der Kurve vom fünfzigjährigen Mittel nicht zum Ausdruck kommt. Der Juli ist von 91 auf 81 mm zurückgegangen, der August von 76 auf 86 gestiegen. Auch der April ist etwas regenreicher geworden.

Tabelle 16. Größte Jahresniederschläge.

Jahr	Regenmenge
1916	1069 mm
1880	1052 „
1918	997 „
1914	920 „
1867	1019 „
1869	808 „

Tabelle 17. Größte Monatsniederschläge.

197 mm	im Januar 1916,
175 „	„ Juni 1879,
166 „	„ Juli 1914,
165 „	„ Oktober 1880,
162 „	„ Juli 1926,
162 „	„ Dezember 1868,
159 „	„ August 1870,

Tabelle 15. Mittlere Niederschläge.

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahr
Zahl der Tage mit Niederschlägen 1876—1925	18	16	18	16	16	15	19	18	15	19	18	20	207
Niederschlagsmenge in mm 1876—1925	53	47	52	46	53	69	86	81	63	66	53	63	731
1876—1900	48	47	54	42	51	74	91	76	62	75	48	58	726
1910—1925 in Bergedorf, Sternwarte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	684

155 mm	. . . .	im August 1927,
153 „	. . . .	„ September 1925,
153 „	. . . .	„ Juli 1915,
152 „	. . . .	„ August 1903,
152 „	. . . .	„ Juni 1894.

Tabelle 18. Größte Tagesniederschläge.

86 mm	. . . . . .	am 17. Juni 1879,
79 „	. . . . . .	„ 26. Juli 1881,
76 „	. . . . . .	„ 7. Juli 1914,
69 „	. . . . . .	„ 4. August 1910,
65 „	. . . . . .	„ 17. Juli 1903,
62 „	. . . . . .	„ 22. Juni 1924,
60 „	. . . . . .	„ 7. August 1918,
55 „	. . . . . .	„ 4. September 1885,
(65 „	. . .	am 19. Nov. 1914 in Bergedorf).

In ganz Deutschland beträgt die Regenhöhe im Mittel 640 mm, wenn nichts verdunsten, einsickern und abfließen würde, in Norddeutschland 644 mm, in Süddeutschland wegen der Gebirgslage, die die Niederschläge erheblich steigert und die Luft zum Aufsteigen zwingt, 830 mm. Hamburg hat 730 mm im Jahr und 3,5 mm an jedem Regentage. Die niederschlagsreichste Gegend in Deutschland liegt im Algäu mit 2600 mm Jahressumme, die niederschlagsärmste Gegend bei Langensalza in Hannover mit nur 380 mm Jahressumme.

Für Hamburgs Winter mit seiner großen Feuchtigkeit ist die häufige Bildung von schönem Reif und Rauhreif charakteristisch, der die Baumzweige und Gegenstände im Freien in reichem weißen Schmuck von Eiskristallen erscheinen läßt. Die große Feuchtigkeit der Luft und verhältnismäßig starke Luftbewegung sind die Ursache.

Im Mittel haben wir in Hamburg 36 Tage mit Schnee, 14 mit Graupeln, besonders im Frühling; in dieser Jahreszeit tritt Graupel auch in ganz Mitteleuropa am häufigsten auf. An durchschnittlich 21 Tagen im Jahr haben wir Gewitter. In der folgenden Tabelle gebe ich die Fortsetzung der Liste der monatlichen Niederschlagsmengen in Hamburg seit 1841.[1]

Tabelle 19. Monatliche Niederschlagsmengen in Hamburg seit 1841[1] in mm.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
1901	40,8	31,5	50,7	67,7	80,4	39,2	42,4	81,6	37,4	67,3	88,8	91,0	718,8
1902	59,1	12,6	85,6	39,2	81,5	73,0	70,5	99,9	65,2	48,3	3,4	38,2	676,5
1903	44,0	81,5	35,2	71,2	45,2	33,8	133,1	152,3	58,7	106,2	78,5	14,2	853,9
1904	34,8	77,0	35,6	56,4	64,2	37,3	31,6	52,0	24,3	63,1	90,9	38,1	605,3
1905	39,9	26,4	48,6	53,6	7,1	45,7	74,8	84,5	99,0	95,6	34,1	48,6	657,9
1906	100,6	45,7	82,1	39,3	80,5	56,6	74,1	52,6	32,9	46,4	67,8	48,4	727,0
1907	43,5	44,9	31,2	15,6	55,8	62,9	60,0	114,7	9,3	24,6	18,3	65,0	545,8
1908	57,3	40,1	47,2	91,2	63,7	22,8	98,9	87,2	36,5	6,3	21,8	6,1	579,1
1909	28,9	52,9	33,6	50,7	24,7	79,1	100,1	41,9	90,9	39,7	71,6	91,8	705,9
1910	72,0	53,8	10,4	59,6	64,3	79,5	145,1	145,3	42,5	26,7	44,6	51,8	795,6
1911	28,0	93,3	34,7	33,2	41,4	49,7	36,1	35,8	53,5	71,3	65,5	64,0	606,5
1912	42,6	58,8	63,2	48,6	73,8	119,7	46,4	60,3	69,6	48,5	117,0	70,8	819,3
1913	52,1	22,5	53,6	28,6	27,9	40,4	92,7	41,0	13,1	44,5	64,2	102,4	583,0
1914	54,3	29,9	133,2	62,9	57,1	66,4	165,8	38,7	102,7	73,4	71,0	64,2	919,6
1915	88,1	32,5	85,1	27,8	40,3	39,2	152,6	147,9	40,7	14,5	59,1	141,4	869,2
1916	196,5	70,9	43,4	50,5	73,1	106,8	67,1	100,7	67,4	145,3	65,6	81,2	1068,5
1917	42,7	11,8	51,5	66,7	12,8	43,9	63,2	92,4	56,2	109,3	57,9	50,3	658,4
1918	97,0	71,8	16,5	111,7	27,7	121,1	85,6	167,1	104,1	53,7	14,6	126,0	996,9
1919	36,6	28,9	78,2	33,5	11,1	37,3	66,0	56,9	44,2	56,6	81,8	113,0	644,1
1920	94,4	40,8	24,0	81,9	89,9	44,6	135,0	66,3	58,4	6,2	9,6	44,8	695,0
1921	39,5	30,0	15,2	34,4	58,6	100,2	31,7	58,8	45,2	32,2	67,5	97,3	610,6
1922	56,8	37,7	75,6	31,5	26,3	53,8	62,1	68,1	65,3	25,6	47,7	65,6	616,1
1923	71,2	56,8	18,0	23,4	99,6	64,6	100,8	114,7	67,4	77,9	59,0	41,1	794,5
1924	19,1	39,3	25,1	30,4	113,7	109,4	63,8	114,6	78,8	56,9	28,9	23,4	703,4
1925	48,1	78,0	71,4	31,3	47,6	56,4	67,7	64,3	153,2	70,0	52,1	142,4	882,5
1926	63,6	103,8	46,6	32,5	71,9	63,3	161,9	80,5	61,0	109,6	63,9	58,7	917,3
1927[2]	57,4	20,3	63,9	108,5	78,7	95,2	128,9	154,6	108,8	66,8	39,4	39,0	961,5

[1] Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs, L. Voß, 1901, S. 24. [2] In einzelnen Bezirken Deutschlands sind während der Monate Juli bis September 1927 die mehrfachen Regenmengen der normalen gefallen.

6. *BEWÖLKUNG, DUNST UND NEBEL.*

Der Gang der Bewölkung in Hamburg ist im Laufe des Jahres der folgende:

Tabelle 20. Mittlere monatliche Bewölkung (0 bis 10).

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
1868—1875	8,2	7,7	6,7	6,6	6,3	6,7	5,9	6,3	6,0	7,2	7,9	7,9	6,9
1875—1925	7,6	7,3	6,9	6,4	6,0	6,2	6,8	6,6	6,1	7,0	7,6	8,1	6,9

Die heitersten Monate sind Mai und September mit 6,1, der trübste der Dezember mit 8,1. Ein sekundäres Maximum zeigt der Juli mit 6,8. Hamburg hat demnach eine typische Doppelperiode im Jahr in der Bewölkung.

Im Tagesgang der Bewölkung zeigt sich der winterliche oder halbmaritime Charakter des Hamburger Klimas in der höheren Bewölkung am Morgen und Mittag mit 7,2. Am Abend um 20 Uhr ist die Bewölkung geringer (6,3), wie es allgemein und besonders über dem Festland der Fall ist, wo vorwiegend absteigende Luft die Auflösung von Wolken zur Folge hat.

Bei Sonnenaufgang werden zuerst die Wolken durch die Sonne beschienen, diese werden durch die Wärmestrahlung ausgetrocknet, und daher wird Abnahme der Bewölkung und der Niederschläge mit steigender Sonne bewirkt. Durch die folgende Erwärmung des Erdbodens und der unteren Luftschichten aber entsteht nun ein aufsteigender Luftstrom, der in den ersten Nachmittagsstunden seine größte Intensität erreicht und dynamische Abkühlung der Luft oben, Zunahme der Kondensation, Bewölkung und Niederschläge in den ersten Nachmittagsstunden zur Folge hat. Allmählich erlahmt der aufsteigende Luftstrom und geht nach und nach in den absteigenden über, der wieder Abnahme der Bewölkung und Niederschläge nach den Abend- und Nachtstunden hin bringt. Durch die nächtliche Ausstrahlung und Abkühlung wird die Luft am Boden immer mehr dem Sättigungspunkte genähert, am meisten um die Zeit des Sonnenaufgangs, so daß häufige Verdichtung des Wasserdampfes zu Nebel oder Niederschlägen in den frühen Morgenstunden folgt, wie schon *van Bebber* ausführte.

Die Zeitabschnitte 1875 bis 1900 und 1901 bis 1925 zeigen wenig Änderung in der Bewölkung, nur der August ist scheinbar nach 1900 etwas trüber geworden, 6,3 vor 1900 gegen 6,9 nach 1900.

In nebenstehendem Schema habe ich die Wolkenstockwerke über Hamburg, wie sie auch ähnlich über ganz Deutschland sind, dargestellt; mit den Jahreszeiten wechselt die Höhe etwas.

Eine genaue Trennung der Zahl der Dunst- und Nebeltage ist in Hamburg wegen der starken Trübung durch die künstlich erzeugten Dunstmassen nicht ganz einfach für einen Nichtmeteorologen als Beobachter, und ein solcher beobachtete vor und um 1900. Ununterbrochen, selbst Sonntags, wird im ganzen Stadtbetriebe Dunstplankton erzeugt, das bei der an sich ziemlich feuchten Atmosphäre leicht Anlaß zur Kondensation und Bildung von Trübungsschichten gibt. Gleichzeitig werden durch diese horizontal sich ausbreitenden Schichtbildungen die Vertikalbewegungen in der Luft eingeschränkt oder gar verhindert, so daß die Rauchmassen gewöhnlich

Wolkenstockwerke über Hamburg.

in der untersten Schicht länger verbleiben und nicht in die Höhe abgeführt werden. Nur eine starke horizontale Luftbewegung befördert die Teilchen in die Umgebung und sorgt für die nötige Erneuerung der Luft in der Stadt.

Die Nebelbeobachtungen in Hamburg sind in zwei Tabellen 21 und 22 gegeben. Als Nebeltage sind die gezählt, an denen mindestens zu einer der drei Terminbeobachtungen (morgens, mittags, abends) Nebel herrschte. Vorübergehender Nebel in den Zwischenzeiten ist dabei nicht berücksichtigt worden.

Der große Unterschied zwischen dem 25jährigen Mittel vor und nach 1900 liegt zum Teil daran, daß früher von dem Beobachter auch starker Dunst als Nebel notiert wurde. In der Nebelkurve in der Abbildung sind die Mittel von 1900 bis 1925 als die wahrscheinlichsten gegeben.

Für Bergedorf, Bremen und Flensburg ist die Zahl der Nebeltage etwas geringer als in Hamburg mit 62 Tagen, nämlich 58, 58 und 57, für Lübeck, das in Lee der holsteinischen Höhen für die Hauptwestwinde liegt, noch etwas kleiner, was für den Flugplatz Travemünde günstig ist.

Tabelle 21. Zahl der Nebeltage in Hamburg im Mittel.

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahr
1875—1925	12	10	8	5	2	1	2	3	7	11	12	13	86
1868—1876	6	5	4	3	2	1	1	2	3	6	6	7	46
1876—1900	16	13	11	7	3	2	2	4	8	13	16	15	110
1900—1925	*8*	*7*	*4*	*3*	*1*	*1*	*2*	*2*	*6*	*9*	*8*	*11*	*62*
1910—1925 in Bergedorf, Sternwarte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	58

Tabelle 22. Zahl der Nebeltage in Hamburg 1901—1927.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
1901	9	5	7	3	2	0	0	3	6	14	7	9	65
1902	5	8	8	1	2	0	1	1	3	8	10	9	56
1903	6	0	1	2	0	5	2	0	10	9	11	16	62
1904	12	10	14	1	0	1	2	3	10	14	15	18	100
1905	10	13	5	3	0	0	1	2	4	7	14	16	75
1906	10	12	1	1	0	2	0	3	4	5	8	13	59
1907	8	6	10	4	1	0	2	0	8	7	11	5	62
1908	11	6	6	2	2	0	1	3	4	10	9	13	67
1909	3	2	4	4	1	4	2	3	5	4	1	6	39
1910	9	11	6	1	1	1	3	1	7	9	6	10	65
1911	5	4	4	3	3	0	1	1	5	3	5	12	46
1912	9	11	5	1	1	0	3	2	3	8	11	4	58
1913	8	5	2	4	0	0	2	5	2	10	10	9	57
1914	14	5	4	4	2	0	0	1	6	11	9	9	65
1915	5	8	5	2	2	1	0	7	5	9	5	6	55
1916	5	10	11	1	0	1	0	5	5	3	9	11	61
1917	5	18	2	3	2	0	2	0	3	7	11	12	65
1918	12	8	6	7	2	1	1	3	2	13	17	18	90
1919	8	11	3	4	1	1	0	0	2	11	8	5	54
1920	5	7	4	1	3	0	0	1	7	8	10	9	55
1921	4	4	2	3	2	0	1	0	2	9	11	9	47
1922	5	6	7	1	2	3	2	3	3	6	12	9	59
1923	4	9	6	1	2	0	0	1	2	1	5	13	44
1924	10	5	9	2	2	0	0	0	4	8	7	9	56
1925	6	2	6	0	1	0	0	1	6	9	11	12	54
1926	16	16	6	6	4	3	1	1	9	6	9	10	87
1927	7	9	11	1	0	0	0	0	2	6	10	2	48
	211	211	155	66	38	23	27	50	129	215	252	274	1651

Der Nebel spielt in der neuesten Zeit eine überaus wichtige Rolle, da der Luftverkehr von keinem andern meteorologischen Element abhängiger ist, als von Häufigkeit und Dichte des Nebels und der tiefen Wolken. Ich gebe daher für den Luftverkehr, der für den Ozean und die Küste von der Deutschen Seewarte beraten wird, einige Zahlen über die Häufigkeit des Nebels auch entlang der deutschen Ostseeküste, die von den Dienststellen Stettin und Königsberg im Luft- und Seeverkehr beraten wird.

Tabelle 23. Zahl der Nebeltage an der deutschen Küste.

1875—1900	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Oktober	Nov.	Dez.	Jahr
Borkum	10	9	6	4	2	1	1	1	3	5	8	9	59
Wilhelmshaven	9	7	5	3	1	1	2	1	3	5	8	9	54
Keitum (Sylt)	7	6	3	3	1	1	0	1	1	3	5	6	37
Kiel	7	5	5	3	1	1	1	2	3	4	7	8	47
Wustrow (M.)	7	7	5	4	2	1	1	1	2	4	7	7	48
Swinemünde	7	5	4	3	2	1	1	1	3	4	6	6	43
Neufahrwasser	3	2	3	2	2	1	0	1	1	3	5	4	27
Memel	5	6	5	4	3	1	1	1	1	3	7	5	42
1900—1925 Hamburg	8	7	4	3	1	1	2	2	6	9	8	11	62

7. SONNENSCHEIN.

Der Sonnenscheindauer und -intensität wird heute eine besondere Bedeutung beigelegt, nachdem die Einwirkung der Strahlen auf den menschlichen Körper in den letzten Jahren genauer untersucht worden ist. Die künstliche Höhensonne wird allerdings nicht als vollwertiger Ersatz für die natürliche Sonne angesehen. Sonnenscheindauer und Blutbildung gehen nach *Dorno*, *Kestner* und *Häberlin* parallel; es sei bemerkt, daß hierbei nur die kurzwelligen Strahlen von 320 bis 290 $\mu\mu$ ($\mu = 0{,}001$ mm) Wellenlänge wirksam sind, die man naturgemäß auch in der künstlichen Höhensonne zu erzeugen versucht. Über die Sonnenscheindauer in Hamburg seit 1900 gibt nebenstehende Tabelle 24 Aufschluß.

Besonders viel Sonnenschein hatten die bekannten guten Weinjahre, allen voran 1921 mit 1839 Stunden und 41 v. H. der möglichen Dauer. In ziemlich großem Abstand folgen 1911 mit 1669 Stunden und 37 v. H., 1913 mit 1573 Stunden und 35 v. H., aus älterer Zeit 1893 mit 1566 Stunden, dann 1917, 1915, 1914, 1920, 1908 und 1906 mit 34 v. H. Wenig Sonnenschein hatten die Jahre 1903 mit nur 1034 Stunden oder 23 v. H. und 1916 mit 1091 Stunden oder 24 v. H. Dann folgen gleich mit 28 v. H. oder 1240 Stunden die Jahre 1901 und 1924.

Auf die Tagesstunden verteilt sich der Sonnenschein nach der Tabelle 25, deren Zahlen z. B. für den Architekten, der großstädtische Wohnungen zu bauen hat, von besonderer Wichtigkeit sind; dazu braucht er auch noch die Mittagshöhe der Sonne, die ebenfalls in der Tabelle 25 für Hamburg angegeben ist. Für die gesundheitlichen Verhältnisse der Stadt hat die Sonnenlage der Wohnungen eine besondere Bedeutung.

In den einzelnen Monaten hängt die Sonnenscheindauer selbstverständlich in erster Linie von der Mög-

Tabelle 24.
Sonnenschein in Hamburg 1901 bis 1925.

Jahr	Stunden	v. H.	Tage ohne Sonnenschein
1901	1303	29	103
1902	1240	28	110
1903	1034	23	116
1904	1366	31	114
1905	1299	29	103
1906	1476	34	111
1907	1320	30	101
1908	1517	34	75
1909	1423	32	95
1910	1441	32	94
1911	1669	37	104
1912	1331	30	106
1913	1573	35	96
1914	1517	34	115
1915	1543	35	126
1916	1091	24	127
1917	1549	35	111
1918	1299	29	129
1919	1379	31	116
1920	1524	34	86
1921	1839	41	83
1922	1413	32	84
1923	1290	29	111
1924	1246	28	123
1925	1468	33	102
Mittel	1406	31,5	106
1926	1290	29	111
1927	1466	33	87

Tabelle 25.
Tagesperiode des Sonnenscheines in Hamburg.

	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9—10	10—11	11—12
1884-1899	0,7	8,5	31,5	55,3	81	102	117	125
1901-1925	2,7	22,3	49	77	105	129	141	148
	12—13	13—14	14—15	15—16	16—17	17—18	18—19	19—20
1884-1899	136	135	126	109	92	69	39	5
1901-1925	146	139	134	112	89	65	33	5,1
Jahressumme . . . . . . 1884—1899: 1232								
1901—1925: 1397								

lichkeit, d. h. von der Jahreszeit oder Länge der Tage ab; trotzdem ist es nicht der Juni oder Juli, sondern der Mai, der uns in Hamburg die meiste Sonne bringt, wie Tabelle 26 zeigt. Im Juli ist ein sekundäres Minimum im Sonnenschein mit 170 Stunden gegen 190 und 183 in den Nachbarmonaten, bei der Bewölkung ist es umgekehrt. Die prozentuale Sonnenscheindauer habe ich in der Klimatafel als Kurve dargestellt, die ein hübsches Spiegelbild der Bewölkungskurve ist.

Tabelle 26. Sonnenscheindauer in Hamburg.

	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahr
Stunden Sonnenschein 1891—1925 . .	34	56	95	157	213	187	168	181	144	89	39	19	1382
Mögliche Sonnenscheindauer v.H. . . .	14	21	25	38	43	37	34	40	38	27	15	8	28,3
Tage ohne Sonnenschein 1891—1925	19	12	10	4	2	2	3	2	4	9	16	22	104
Sonnenhöhe am 15., 12 Uhr, in Grad	15,1	23,3	33,7	46,0	55,2	59,8	58,1	50,7	39,7	28,1	18,1	13,2	36,8
Bewölkung 1876—1925.	7,6	7,3	6,9	6,4	6,0	6,2	6,8	6,6	6,1	7,0	7,6	8,1	6,9
Heitere Tage	3	2	3	3	4	3	2	3	4	2	2	1	32
Trübe Tage	12	14	14	11	9	10	11	11	10	15	17	19	153

In der folgenden Übersicht sind zum Vergleich auch die Bewölkung und die Zahl der heiteren und trüben Tage hinzugefügt.

Der Dezember 1889 brachte an keinem Tage Sonnenschein, dagegen an 22 Tagen Nebel bei einer mittleren Bewölkung von 8,7!

8. WIND.

Starke Winde sind für eine Großstadt gesundheitlich von Vorteil. Der Wind bringt, wie der Sonnenstrahl, Erneuerung und Reinigung der Luftmassen. Daher ist im trüben sonnenscheinarmen Hamburg der Wind besonders wichtig, er bewirkt als hygienischer Klimafaktor außerdem am menschlichen Körper eine mehr oder weniger starke Hautmassage, die nach *Dr. Gmelin* Reaktionen, Wiedererwärmung und Stoffwechsel bringt. Auch für das im Winter sonnenscheinarme *Hamburger Nordseebad Cuxhaven* gilt dies im besonderen Maße, wie auch für die übrigen Nordseeorte, besonders Schleswig-Holsteins, wo der Wind reine heilsame Seeluft mit seinen Hauptströmungsrichtungen aus Westen herbeibefördert. Diese nutzbringenden Wirkungen des Windes in gesundheitlicher Hinsicht sind erst in jüngster Zeit richtig erkannt und von Medizinern und Meteorologen erforscht worden. Dies zeigt auch die Anlage von Heilstätten an der Küste.

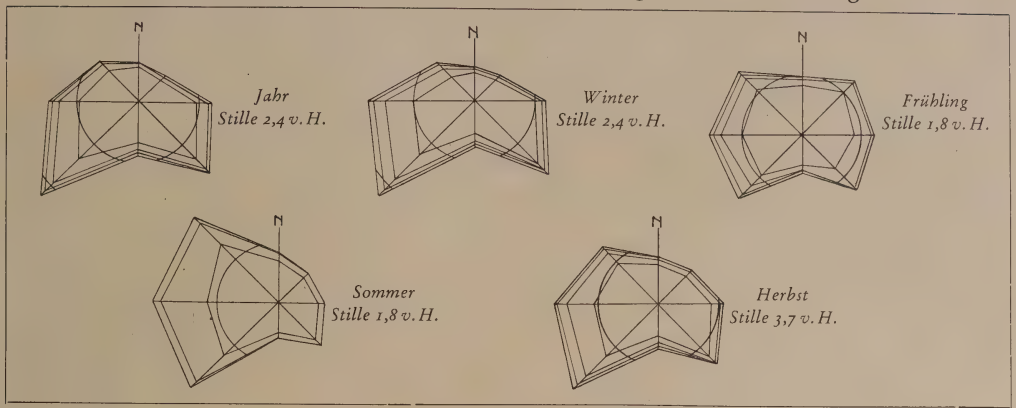
Die Windverhältnisse in Hamburg, die für die Erneuerung der Luft in Hamburg sorgen, geben wir in fünf Zeichnungen (Windrosen) für die vier Jahreszeiten und das Jahresmittel wieder.

Auf die große praktische Bedeutung der verschiedenen Windrichtungen und Geschwindigkeiten für den Luftverkehr und seine Beratung für den Schiffverkehr auf der Elbe und an der Küste, insbesondere durch die Warnungen der Deutschen Seewarte vor Sturm, Hochwasser und verheerender Sturmflut, können wir hier nur hinweisen.

In den Zeichnungen sind nach den acht Hauptwindrichtungen die fünfzigjährigen Mittel der prozentischen Anteile der schwachen, mittleren, starken und stürmischen Winde vom Mittelpunkt aus hintereinander abgetragen und die Endpunkte verbunden, so daß wir vier ineinander geschachtelte Achtecke bekommen. Das innerste Achteck zeigt die Häufigkeit der Winde bis 5 m/Sek., der Raum zwischen ihm und dem nächsten Achteck zeigt die Winde von 5 bis 10 m/Sek., dann von 10 bis 15 m/Sek. und von mehr als 15 m/Sek. Die Länge der radialen Strecken gibt die Häufigkeit der zugehörigen Geschwindigkeit. In der Zeichnung entspricht ein Millimeter einem Prozent Häufigkeit in der betreffenden Richtung.

Die mittlere Windgeschwindigkeit in Hamburg betrug 1878 bis 1900 5,9 mps (im Maximum 6,6 1898, im Minimum 5,0 1900), für 1901 bis 1925 4,8 mps (im Maximum 5,5 1903, im Minimum 4,2 1924), und für 1878 bis 1925 5,3 m/Sek. Die ungleichen Aufzeichnungen 5,9 und 4,8 kommen daher, daß man früher den Wind in größerer Höhe gemessen hat. Sturmtage gab es 1878 bis 1900 im

Tafel der Windrichtungen und -geschwindigkeiten in Hamburg.



Jahresmittel 32 und von 1901 bis 1925 24, also im Durchschnitt für 1878 bis 1925 28 Sturmtage im Jahre (Maximum 48 1884 und Minimum 9 1919).

Nach der Beaufort-Stärke ergeben sich für die Jahre 1892 bis 1925 folgende Mittel der Windstärke (Maximum 3,6 1917, Minimum 2,5 1892, 1893).

Tabelle 27.
Windstärke in Hamburg nach Beaufort (1 bis 12).

	Zeit			Im Mittel	
	8 Uhr	14 Uhr	20 Uhr	nach Beaufort geschätzt	nach mps registriert
1892—1900 .	2,6	2,9	2,4	2,6	5,9
1901—1925 .	2,9	3,2	2,8	3,0	4,8
1892—1925 .	2,8	3,1	2,7	2,9	5,1

Der ungleiche Gang zwischen Beaufort und mps ist ebenfalls die Folge der wechselnden Aufstellung und Registrierung der Windmesser.

Zum Schluß geben wir eine Tabelle, um die Windgeschwindigkeit nach Meter/Sekunde und Kilometer/Stunde mit der Windstärke nach Beaufort leicht vergleichen zu können (Tabelle 28).

9. HOCH- UND NIEDRIGWASSER AUF DER ELBE.

Der Wasserstand der Elbe hängt außer von Ebbe und Flut von Windrichtung und -stärke in der Nordsee ab. Wie vor Sturm, so wird auch regelmäßig vor unnormalem Hoch- und Niedrigwasser gewarnt, wenn der Windstau dies erkennen läßt. Unternor-

Tabelle 28. Windmessung nach Geschwindigkeit (Beaufort), Meilen und Kilometer.

1. Wind nach Beaufort-Stärke	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. Wind nach m/Sek.-Geschwindigkeit	1	3	5	7	9	11	13,5	16,5	20	24	28,5	33,5
3. Leicht zu merkende Differenzen . .		2	2	2	2	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
4. Seemeilen/Std. (1 sm = 1,852 km) .	2	6	10	14	17	21	26	32	39	47	55	65
5. Kilometer/Std.	4	11	18	25	32	40	49	59	72	86	103	121
6. Engl. Meilen/Std. (1 e. M. = 1,609 km)	2,2	6,8	11,2	15,7	20,1	24,6	30,2	36,9	44,7	53,7	63,6	74,9

Tabelle 29. Hoch- und Niedrigwasser in Cuxhaven und Hamburg.

	Cuxhaven	Hamburg		Cuxhaven	Hamburg
Mittleres Springhochwasser .	3,18 m	2,28 m	Mittlerer Springtidenhub . .	3,18 m	2,28 m
„ Nipphochwasser .	2,76 m	1,93 m	„ Nipptidenhub . .	2,43 m	1,99 m
„ Springniedrigwasser	0,00 m	0,00 m	„ Tidenhub . . .	2,84 m	2,17 m
„ Nippniedrigwasser .	0,33 m	— 0,06 m			
„ Hochwasser . . .	2,98 m	2,15 m	Mittlere Dauer des Steigens .	$5^h\,39^m$	$4^h\,55^m$
„ Niedrigwasser . .	0,14 m	— 0,02 m	Mittlere Dauer des Fallens .	$6^h\,46^m$	$7^h\,30^m$

Tabelle 30. Höchste und niedrigste Hoch- und Niedrigwasser in Cuxhaven und Hamburg.

	Cuxhaven		Hamburg	
Höchstes beobachtetes Hochwasser	am 4. Februar 1825	6,28 m	am 4. Februar 1825	5,72 m
Niedrigstes beobachtetes Hochwasser	„ 16. Januar 1905	0,05 m	„ 17. Januar 1905	—1,24 m
Höchstes beobachtetes Niedrigwasser	„ 15. Oktober 1881	4,12 m	„ 15. Oktober 1881	3,73 m
Niedrigstes beobachtetes Niedrigwasser	„ 6. März 1881	—2,37 m	„ 19. Novbr. 1916	—2,50 m

males Niedrigwasser ist für das Auflaufen von Schiffen gefährlich.

Die in den Tabellen 29 und 30 genannten Wasserstandshöhen nach Rauschelbach sind auf Kartennull bezogen, das mit dem mittleren Springniedrigwasser zusammenfällt.

10. WETTERNACHRICHTEN-ÜBERMITTLUNG BEI DER ZENTRALE DES DEUTSCHEN WETTERNACHRICHTEN-DIENSTES IN HAMBURG.

Die graphische Darstellung (Abbildung S. 25) zeigt die Sammlung der in aller Welt angestellten Wetterbeobachtungen bei der Zentrale in Hamburg, der Deutschen Seewarte, ihre Zusammenstellung, Verarbeitung und Weitergabe, ferner die Abgabe der abgeleiteten Wetterauskünfte und -warnungen an die verschiedenen Kreise des deutschen Wirtschaftslebens.

Einzelbeobachter, Bergobservatorien, Schiffe usw. melden ihre Beobachtungen an die zugehörigen Zentralsammelstellen in den Hauptstädten der einzelnen europäischen und amerikanischen Länder, und diese Zentralen schicken die Beobachtungen als Sammeltelegramme (Obstelegramme) nach Hamburg. Hier werden sie verarbeitet, umgeschlüsselt und in geeigneter Weise zusammengestellt; Wetterkarten werden gezeichnet und gedruckt, Vorhersagen und Warnungen aufgestellt, und die Ergebnisse gehen dann so schnell als möglich durch Ferndrucker, Telephon, Funkentelegraphie usw. in Sammelobstelegrammen an Alle und in einzelnen Auskünften an die Nutznießer, die verschiedenen Industrie- und Verkehrskreise, Rundfunksender usw.

In der Zeichnung ist die Deutsche Reichswetternachrichtenzentrale, die Deutsche Seewarte, als aufgehende Sonne dargestellt. Aus dem unter dem Horizont gelegenen Halbkreis erhält sie die Beobachtungen, 55400 Ziffern täglich, konvergierend zugestrahlt. Nach oben, gleichsam in den Arbeitstag hinein, strahlt sie ihre Wetterauskünfte in die Wirtschaftsbetriebe Tag für Tag hinaus. Von diesen werden sie aufgenommen und in Werte umgesetzt.

11. NUTZANWENDUNG UND FÖRDERUNG DER WIRTSCHAFT DURCH DEN WETTERDIENST.

In welch umfangreichem Maße der Wetterdienst der Wirtschaft dient, ist nur wenigen bekannt. Eine vollständige Übersicht würde ein Büchlein ausfüllen, das aber nur trockene Aufzählungen enthielte und daher zwar statistisch wertvoll, aber langweilig zu lesen wäre.

Wollte man den Wirtschaftswetterdienst im Bilde darstellen, so käme man zu einem solchen Gewirr von Beobachtungspunkten, Nachrichtenlinien usw., daß man selbst auf einer quadratmetergroßen Karte kaum zurechtfinden würde.

Deshalb ist in beigefügtem Bilde S. 26 der Ausweg gewählt worden, nur einzelne typische Beispiele aus dem Wirtschaftsleben darzustellen, die zugleich angeben, auf welch mannigfaltigen Wegen die vielen Wirtschaftskreise die verschiedenartigen Warnungen und Wetterauskünfte bekommen.

Der Deutschen Seewarte liegt die Wetterberatung für alle deutschen Interessen an der deutschen Küste, in den Provinzen Hannover, Schleswig-Holstein, Mecklenburg, Pommern und Ostpreußen, sowie auf allen Ozeanen und Randmeeren ob. Die Zentrale ist in Hamburg, Zweigstellen bestehen in Stettin und Königsberg, eine Nebenstelle in Hannover. 21 Agenturen, verschiedene Feuerschiffe, sowie 90 Sturmwarnungsstellen liegen an der Küste verteilt.

Alle Wetterwarnungen gelangen von Hamburg, bzw. Stettin, Königsberg und Hannover auf jeweils schnellstem Wege, wie im Bild unterschieden ist, durch Drahttelegraphie, Telephon, drahtlos, durch Bildfunk, Sicht- und Lichtsignale, mündliche und schriftliche Beratung, durch Boten, Post und Eisenbahn an die Nutznießer.

Es erhalten:

Schiffahrt und Fischerei: Auskünfte über Sturm, Eis, Nebel, Tauwetter usw.

Luftfahrt: Auskünfte über Nebel, Sicht, Gewitter, Schnee, Wind usw.

Landwirtschaft: Auskünfte über Hitze, Frost, Regen usw.

Verkehr auf Bahn, im Hafen usw.: Auskünfte über Nebel, Schnee, Eis, Tauwetter usw.

Handel, Obst- und Fischtransport: Auskünfte über Hitze, Frost usw.

Industrie, Fremdenindustrie, Bauunternehmungen: Auskunft über Frost, Hitze, Regen, Feuchtigkeit, Sturm usw.

Wintersport, Sommersport: Auskunft über Frost, Schnee, Sturm, Regen usw.

Gemeinden, Private, Rechtsanwälte usw.: Auskunft über Hochwasser, Schnee, Hitze, Regen, Nebel usw.

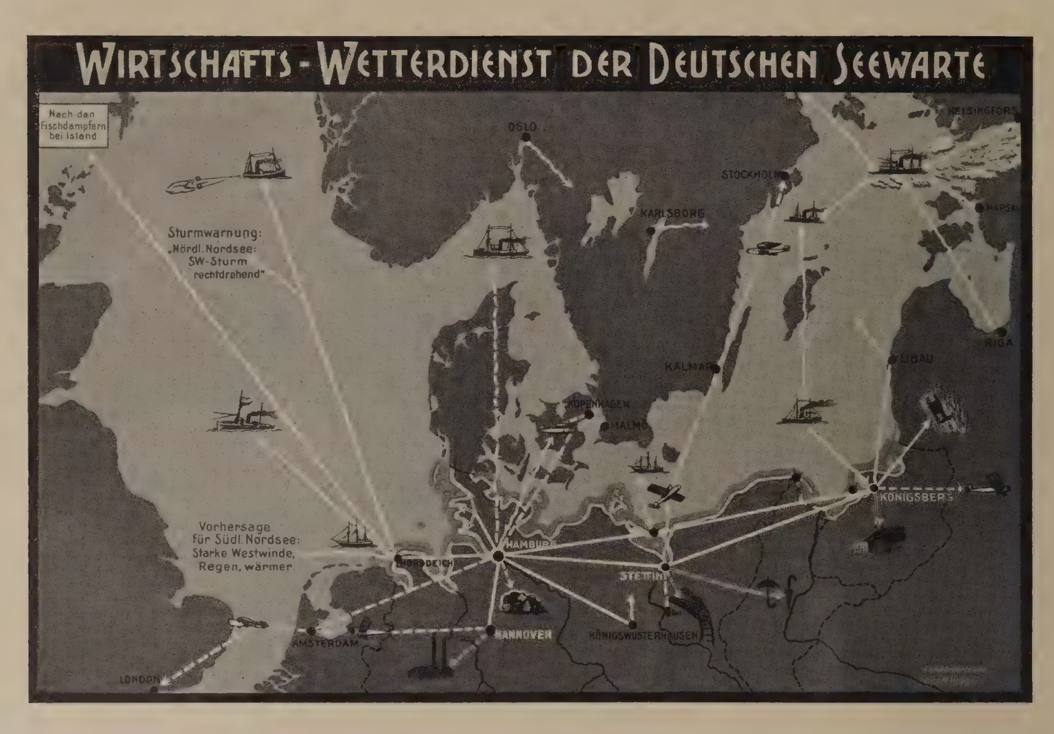
An der Küste entlang unterscheiden wir zwei Wetterwarnungsstreifen, einen Streifen auf dem Wasser, auf dem die Schiffe durch die an Land aufgestellten Licht- und Sichtsignale Nachrichten erhalten, und einen Landstreifen, auf dem die Bewohner vor Hochwasser und Sturmflut telegraphisch und telephonisch gewarnt werden.

Die Beratung der Flugzeuge geschieht, wie das Bild zeigt, mündlich beim Start oder auch funkentelegraphisch, wenn sie sich unterwegs befinden.

Im Winter melden die Schiffe in der Ostsee ständig die Vereisung der einzelnen Häfen, z. B. im Finnenbusen, und erhalten von andern Schiffen und von der Deutschen Seewarte als der Zentrale entsprechende Meldungen, um sich selbst gegen Eisgefahr zu sichern.

Die verschiedenen Nachrichtenwege sind auf dem Bilde durch verschiedene Linien unterschieden für Drahttelegraphie, Telephon, drahtlose Übermittlung, Bildfunk, Sichtsignale, Lichtsignale, mündliche Beratung, schriftliche Beratung und Botenübermittlung.





Erklärungen zu vorstehender Karte.

In Beispielen wird dargestellt die Abgabe
der verschiedenen Wetterwarnungen . . . . *a*
auf den „ Nachrichtenwegen . . . . *b*
nach den „ See- und Landgebieten . . . . *c*
an die „ Wirtschaftskreise . . . . *d*

Standorte der Deutschen Seewarte

Hamburg
Stettin
Königsberg i. Pr.
Hannover
21 Agenturen
und Normalbeobachtungsstationen an der Küste

Nachrichten-Übermittelungsstellen

Sturmwarnungsstellen (etwa 90)
Windmeldestellen
Feuerschiffe
Funkstationen
Telegraphenämter

a) Warnungen

Sturm
Hochwasser an der Küste
Eis
Frost
Tauwetter
Hitze
Nebel
Gewitter
Schnee
Regen
Hochwasser durch Niederschläge

b) Nachrichtenwege

Drahttelegraphie
Telephon
Drahtlos
Bildfunk
Sichtsignale
Lichtsignale
Mündliche Beratung
Schriftliche Beratung
Durch Boten
Nachrichtenrichtung

c) Gebiete

Alle Welt
Offene See (hellblau)
See-Küstenstreifen (dunkelblau)
Land-Küstenstreifen (gelb)
Binnenland (braun)

(Die Tafel ist im Original farbig ausgeführt; vgl. „Annalen der Hydrographie" usw. 1928. Heft 1.)

d) Wirtschaftskreise (mit Hauptwarnungen an diese Kreise)

Schiffahrt . . . . Sturm, Eis, Nebel, Tau
Fischerei . . . . Sturm, Eis, Nebel, Tau
Luftfahrt . . . . Nebel, Gewitter, Schnee
Landwirtschaft . . . . Hitze, Frost, Regen
Verkehr (Eisenbahn, Hafen usw.) Nebel, Schnee, Eis, Tau
Handel und Transport (Obst, Fische usw.) . . Hitze, Frost
Industrie (Fabriken, Bauten usw.) . . Hitze, Frost, Regen
Fremden-Industrie und Verkehr . . . Regen, Hitze, Frost
Sport . . . . Schnee, Frost, Sturm, Regen
Private . . . . Regen, Hitze
Behörden (Gemeinden usw.) . . Hochwasser an der Küste, Schnee, Hochwasser durch Niederschläge

DIE BEVÖLKERUNG

VON LEITENDEM REGIERUNGSDIREKTOR PROFESSOR DR. SKÖLLIN

DER dem Abschnitt zugewiesene Raum, der zu einem großen Teil noch dazu von den wichtigen graphischen Darstellungen in Anspruch genommen wird, gestattet keine eingehende Behandlung des Themas. Der folgende Text ist also nichts weiter als eine stark zusammenfassende Beigabe zu den bildlichen Darstellungen.

Durch die letzte Reichsvolkszählung im Jahre 1925 wurde im hamburgischen Staate *eine Wohnbevölkerung von rund 1 152 500 Personen* festgestellt; das bedeutet eine *Verdreifachung der Einwohnerzahl* im Laufe der letzten 50 Jahre, denn 1875 hatte sie nur 388 600 betragen.

Die Bevölkerung im hamburgischen Staate nach den Volkszählungen in den Jahren 1871 bis 1925.

Volkszählungsjahre O=Ortsanwesende W=Wohnbevölkerung		Männlich	Weiblich	Zusammen
1871	O	165 306	173 668	338 974
1875	O	191 454	197 164	388 618
1880	O	221 672	232 197	453 869
1885	O	254 020	264 600	518 620
1890	O	308 586	313 944	622 530
1895	O	332 570	349 062	681 632
1900	O	375 811	392 538	768 349
	W	372 623	390 847	763 470
1905	O	433 657	441 221	874 878
	W	430 155	438 630	868 785
1910	O	504 902	509 762	1 014 664
	W	500 576	507 134	1 007 710
1919	O	493 281	557 099	1 050 380
	W	502 557	562 115	1 064 672
1925	O	540 928	587 860	1 128 788
	W	551 473	601 050	1 152 523

Diese überaus rasche Vermehrung seiner Einwohnerzahl verdankt Hamburg weniger seinem Geburtenüberschuß, als vielmehr der Anziehungskraft, die es infolge seiner wirtschaftlichen Bedeutung auf die Bevölkerung der näheren und weiteren Umgebung ausgeübt hat. Der *Wanderungsgewinn Hamburgs* betrug seit 1871 über 500 000 Personen, der *Geburtenüberschuß* dagegen nur rund 300 000. Wie aus nachfolgender Übersicht (Geburtenüberschuß und Wanderungsgewinn im hamburgischen Staate von 1871 bis 1925) und dem Schaubild auf Seite 29 ersichtlich wird, ist der Wanderungsgewinn fast in allen Jahrzehnten größer als der Geburtenüberschuß; er bleibt nur in den Jahren 1890 bis 1900 hinter diesem

Die Bevölkerungszunahme im hamburgischen Staate von 1871 bis 1925.

Zeitperioden	Bevölkerungszunahme durch			
	Überschuß der Geborenen über die Gestorbenen		Überschuß der Zugezogenen über die Weggezogenen (Wanderungsgewinn)	
	überhaupt	v. H.	überhaupt	v. H.
1871—1880	43 895	38,20	71 000	61,80
1880—1890	55 509	32,91	113 152	67,09
1890—1900	90 366	61,97	55 453	38,03
1900—1910	91 469	37,13	154 846	62,87
1910—1919	—8737[1]	—15,34	65 699	115,34
1919—1925	25 041	28,50	62 810	71,50
1910—1925	16 304	11,26	128 509	88,74

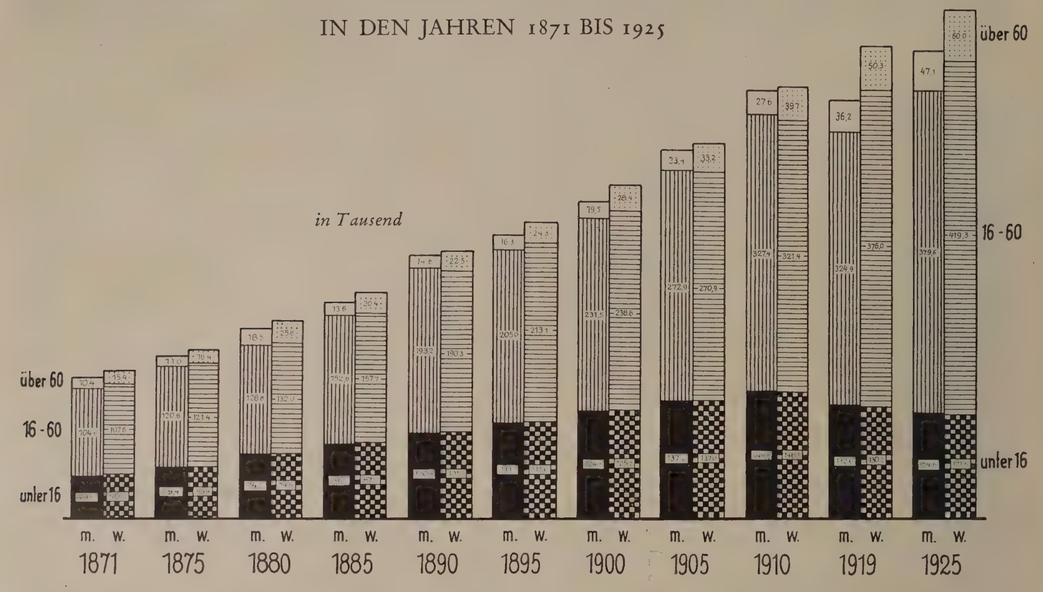
zurück, eine Folge der Choleraepidemie vom Jahre 1892, die noch auf Jahre hinaus den Zuzug nach Hamburg ferngehalten hatte. Den weitaus stärksten Bevölkerungszuwachs hatte der Zeitraum 1900 bis 1910 aufzuweisen, in dem Hamburgs Wirtschaft und Verkehr einen gewaltigen Aufschwung nahmen. Die Bevölkerungszunahme betrug in diesen zehn Jahren nahezu eine Viertelmillion, wovon 155 000 allein auf den Wanderungsgewinn entfielen. Diese starke Vermehrung der Einwohnerzahl setzte sich noch bis zum Ausbruch des Weltkrieges weiter fort, denn bis zum Ende des Jahres 1913 nahm die Bevölkerung um weitere 80 000 Einwohner zu, wovon wieder rund 56 000 aus dem Überschuß der Zugezogenen über die Fortgezogenen und nur rund 25 000 aus dem Geburtenüberschuß stammten.

Die gesunde Entwicklung wurde durch den Krieg jäh unterbrochen. Der Wanderungsgewinn Hamburgs betrug vom Ende des Jahres 1913 bis zum Ende des Jahres 1919 nur 8099, der Geburtenüberschuß (ausschließlich Kriegstoter) sogar nur 427 Personen. Andererseits kamen 34 181 Kriegstote auf Hamburg, so daß in diesen Jahren Hamburg *einen Bevölkerungsverlust von 25 655 Personen* erlitten hat. In den folgenden Jahren des Wiederaufbaus konnte bei weitem nicht die gleiche Steigerung der Einwohnerzahl wie vor dem Kriege erreicht werden. In den sechs Jahren von 1919 bis 1925 betrug die gesamte Bevölkerungszunahme nur rund 88 000, also wenig mehr als in den drei Vorkriegsjahren 1910 bis 1913, da sowohl der Geburtenüberschuß (25 000) als auch der Zuzugsüber-

[1] einschl. Kriegstoter.

DIE BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IM HAMBURGISCHEN STAAT

IN DEN JAHREN 1871 BIS 1925



schuß (63 000) weit unter das Maß der Vorkriegszeit sanken.

Der starke Bevölkerungsgewinn der Vorkriegszeit kam natürlich in erster Linie der *Stadt Hamburg* zugute. Er hatte zur Folge, daß der alte Rahmen der Stadt bald nicht mehr die wachsende Zahl seiner Einwohner fassen konnte und die Gemarkung der Stadt durch *Eingemeindung* der umliegenden Ortschaften und Gebietsteile erweitert werden mußte. Die hierbei entstandenen Vororte und neuen Stadtteile nahmen den Hauptstrom der zugewanderten Bevölkerung auf, zunächst Eimsbüttel und Eppendorf, dann Barmbeck, Hamm und Winterhude. Die Zunahme der Wohnbevölkerung betrug

	1900—1910	1910—1925
in Eimsbüttel . . .	53 193	11 723
„ Barmbeck . . .	44 701	67 349
„ Eppendorf . . .	42 900	13 848
„ Winterhude . .	18 057	15 164
„ Hamm	24 731	29 004

Diese fünf äußeren Stadtteile umfaßten schon 1900 rund 177 000 Einwohner oder 25 v. H. der gesamten Wohnbevölkerung der Stadt, 1910 aber bereits rund 360 000 oder 38 v. H. und 1925 rund 487 000 oder 45 v. H. Das *Schwergewicht der Wohnbevölkerung wurde also immer mehr in die äußeren Bezirke verlegt.* Verstärkt wurde diese Entwicklung durch die gleichzeitig sich vollziehende *Verdrängung der Wohnbevölkerung aus den inneren Stadtteilen,* die sich im Laufe der letzten Jahrzehnte immer mehr zum Geschäfts- und Verwaltungszentrum des Gemeinwesens ausbildeten. Diese Entwicklung ist in den meisten schnell wachsenden Großstädten festzustellen, wenn sie auch selten in so ausgeprägtem Maße in die Erscheinung getreten ist, wie es in Hamburg der Fall war; man bezeichnet sie allgemein als *„Citybildung"*. Sie machte sich in Hamburg zunächst in der Alt- und Neustadt, sodann in St. Georg und St. Pauli bemerkbar; neuerdings ist sie auch in Rotherbaum zu beobachten. Diese Herausbildung des eigentlichen Geschäftsgebiets im Stadtkern und die Verlegung des Schwergewichts der Wohnbevölkerung in die äußeren Stadtteile kommt in folgenden Zahlen gut zum Ausdruck.

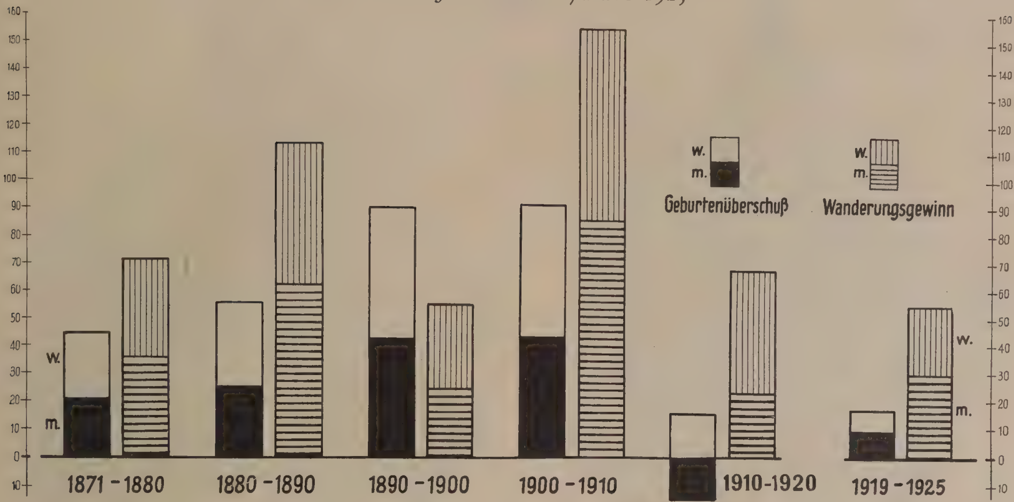
Die „Citybildung" in Hamburg.

Jahr	Von 100 der gesamten Bevölkerung entfielen		
	auf die innere Stadt (Alt- und Neustadt)	auf die angrenzenden Stadtteile (St. Georg, St. Pauli)	auf die äußeren Stadtteile
1880	41,0	27,7	31,3
1890	27,7	27,3	45,0
1900	19,4	24,2	56,4
1910	10,8	18,8	70,4
1920	8,1	15,8	76,1
1925	7,8	15,3	76,9

GEBURTENÜBERSCHUSS UND WANDERUNGSGEWINN



IN DEN JAHREN 1871 BIS 1925



Diese Entwicklung hat für einen ständig wachsenden Teil der erwerbstätigen Bevölkerung die zunehmende *räumliche Trennung von Wohnung und Arbeitsstätte* zur Folge, eine Erscheinung, die nicht nur in verkehrspolitischer, sondern auch in sozialer Hinsicht eine Fülle schwerwiegender Probleme schafft. Es sei hier nur hervorgehoben, daß von den im Hafen beschäftigten Erwerbstätigen mehr als 100 000 in den äußeren Stadtteilen Eimsbüttel, Barmbeck, Winterhude, Hamm u. a. wohnen und täglich mindestens zweimal einen Weg von 6 bis 10 km zurückzulegen haben.

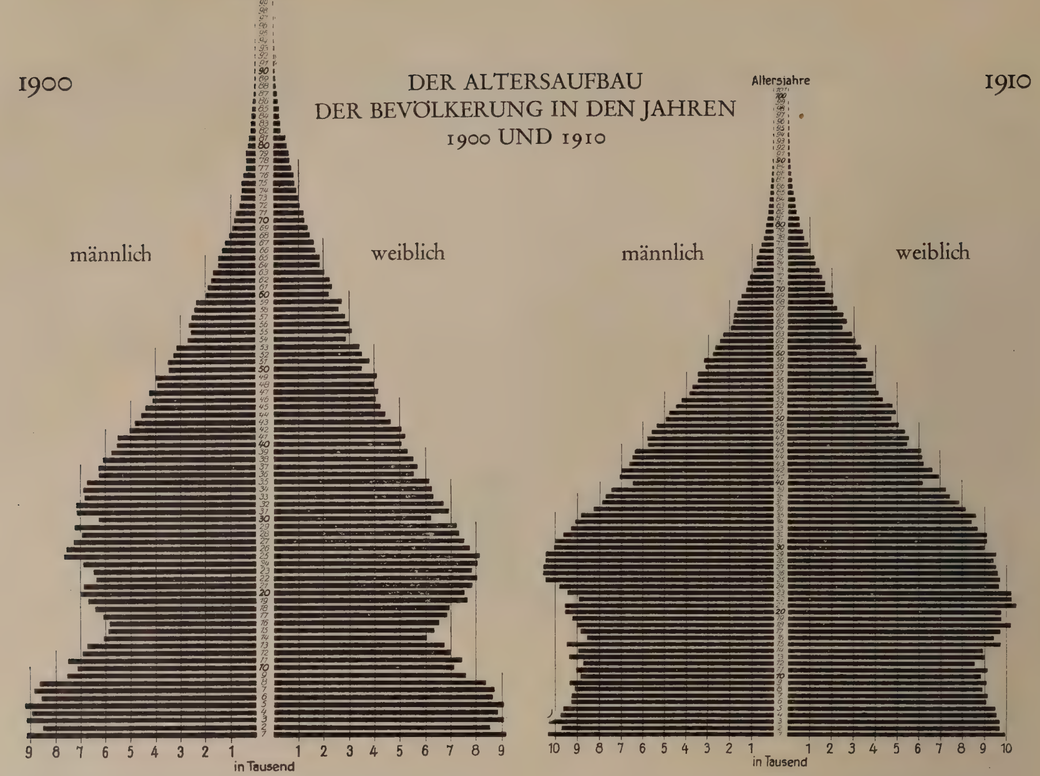
Die Zusammensetzung der hamburgischen Bevölkerung nach *Alter, Geschlecht und Familienstand* hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte wesentlich verändert. Dieser Wandel hatte hauptsächlich folgende Wirkungen: Zunahme des Anteils der weiblichen Bevölkerung, Zunahme des Anteils der älteren Jahresklassen auf Kosten der jüngeren (Überalterung) bei beiden Geschlechtern, Zunahme des Anteils der Verheirateten und Verwitweten auf Kosten der Ledigen.

Das steigende *Übergewicht des weiblichen Geschlechts* ist eine unmittelbare Folge der Kriegsverluste der Männer. 1900 zählte man auf hundert Männer nur 105 Frauen, 1910 sogar nur 101 Frauen, 1919 jedoch fast 112; 1925 zeigte sich bereits wieder ein Rückgang auf 109. Dagegen sind die *Verschiebungen im Altersaufbau und in der Familienstandsgliederung* in erster Linie *in dem Geburtenrückgang* begründet, der — wenn auch durch den Krieg verstärkt — bereits seit 1900 deutlich wahrnehmbar ist und im Laufe der letzten Jahre ein bedenkliches Ausmaß angenommen hat. Vom Hundert der Bevölkerung standen im Alter

	1900	1910	1919	1925
unter 5 Jahren . . .	12	10	5	7
von 5 bis 15 Jahren .	19	18	18	13
„ 15 „ 30 „ .	28	29	26	28
„ 30 „ 60 „ .	33	36	42	43
„ über 60 Jahren . .	7	7	9	9

Mit der Abnahme der jüngeren, noch nicht heiratsfähigen Altersklassen muß natürlich auch der Anteil der Ledigen ständig zurückgehen. Im Jahre 1900 waren vom Hundert der Bevölkerung noch 58 ledig, dagegen nur 36 verheiratet und 6 verwitwet oder geschieden, während 1925 gegenüber 45 Verheirateten und 8 Verwitweten oder Geschiedenen nur noch 47 Ledige vorhanden waren.

Mit dieser ständigen Abnahme der jüngeren, noch nicht im erwerbsfähigen Alter stehenden Jahresklassen ist eine *verhältnismäßige Zunahme des Anteils der Erwerbstätigen* an der Gesamtbevölkerung verbunden. Die hauptberuflich Erwerbstätigen umfaßten 1895 nur 44 v. H. der Bevölkerung, 1925 dagegen fast 51 v. H. Diese Zunahme im Umfange der Erwerbstätigkeit erklärt sich also zu einem wesentlichen Teil durch die Verschiebung in der Altersgliederung, wenn auch freilich, namentlich bei den Frauen, in einigen Altersklassen eine recht



beträchtliche tatsächliche Zunahme der Berufstätigkeit stattgefunden hat. So waren 1895 von hundert im Alter von 16 bis 30 stehenden Frauen nur 54 hauptberuflich erwerbstätig, 1925 aber fast 62.

Entsprechend der Bedeutung Hamburgs als erste Seehandelsstadt Deutschlands und Welthafen findet der größte Teil seiner Bewohner im *Handel und Verkehr* Beschäftigung. 1925 waren im Staate über 260 000 oder rund 45 v. H. der Erwerbstätigen im Handel und Verkehr tätig (in der Stadt Hamburg waren es sogar 47 v. H.). Auf die *Industrie* entfielen dagegen nur 200 000 oder fast 35 v. H. der Erwerbstätigen.

Die besondere Eigenart der Berufsverhältnisse in Hamburg tritt bei einem Vergleich mit Berlin und München klar hervor. In Berlin entfielen auf Handel und Verkehr nur etwa 30 v. H. der Berufstätigen, auf Industrie und Handwerk dagegen 51 v. H.; in München umfaßte die Industrie etwa 45 v. H. und der Handel rund 31 v. H.

Trennt man Handel und Verkehr, so zeigt sich, daß in Hamburg im *Handelsgewerbe* allein über 157 000 Personen beruflich tätig sind, im *Verkehrswesen* dagegen nur 79 000. Die drittgrößte Erwerbsgruppe bilden die Personen, die in der *Eisenindustrie* tätig sind; sie zählen mehr als 49 000;

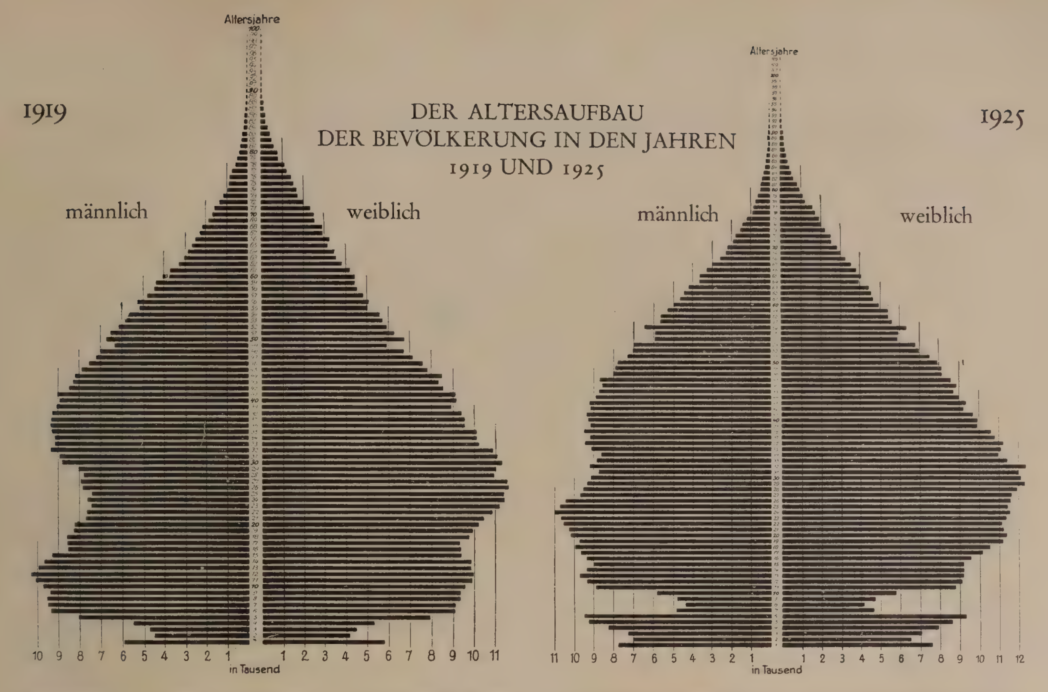
Die Erwerbstätigen nach Berufsabteilungen.

Berufsabteilungen	Stadt Hamburg	Landgebiet	Staat
A. Landwirtschaft, Gärtnerei, Tierzucht und Fischerei	3707	10678	14385
B. Industrie, Bergbau und Baugewerbe . .	190769	11490	202259
C. Handel und Verkehr	258415	8125	266540
D. Verwaltung, Unterricht und freie Berufe	34784	2589	37373
E. Gesundheitswesen und hygienische Gewerbe	21515	1084	22599
F. Häusliche Dienste . .	41002	2249	43251[1]
A bis F zusammen . . .	550192	36215	586407

etwa je 30 000 finden im *Bekleidungsgewerbe*, im *Baugewerbe* und in der *Nahrungs- und Genußmittelindustrie* Beschäftigung.

Von besonderem Interesse ist der *Umfang der weiblichen Erwerbstätigkeit* in den einzelnen Berufs-

[1] Davon sind 28 688 Dienstboten, die im Haushalt der Herrschaft leben.



DER ALTERSAUFBAU DER BEVÖLKERUNG IN DEN JAHREN 1919 UND 1925

gruppen. Vor dem Kriege war ein Hauptgebiet der weiblichen Berufstätigkeit die Tätigkeit im Haushalt als Dienstbote, Tagmädchen, Aufwartefrau und dergleichen. Auch jetzt sind immerhin noch rund 29 000 Frauen als Dienstboten im Hause der Herrschaft und 11 000 als Aufwartefrauen und dergleichen, also zusammen 40 000 oder 18 v. H. aller hauptberuflichen Frauen beschäftigt. Erheblich größer ist heute jedoch die Zahl derer, die im Handelsgewerbe tätig sind. Sie hat sich seit 1907 etwa verdoppelt und beträgt heute nahezu 50 000. Eine große Zahl von Frauen ist auch im Bekleidungsgewerbe tätig, nämlich rund 19000, weiterhin 12000 im Gast- und Schankwirtsgewerbe und 10000 in der Wohlfahrtspflege und im hygienischen Gewerbe.

Der *persönliche Beruf der männlichen und weiblichen Erwerbstätigen* (der spezielle Beruf im Betrieb) ist nicht restlos ausgezählt. Wir wissen aber, daß am zahlreichsten die Monteure und Installateure sind, die sich auf etwa 18 000 Personen beziffern. Auf die Schlosser und Schneider einschließlich Schneiderinnen entfallen etwa je 13 000 Personen, auf die Tischler über 9000. Mehr als 5000 Erwerbstätige zählen ferner die Kellner, Schaffner, Binnenschiffer und Matrosen, die Maler, Näherinnen und die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen.

Nach der *Stellung im Beruf* entfallen von den Berufstätigen in Hamburg rund 16 v. H. auf die Selbständigen, etwa 32 v. H. auf die Angestellten und Beamten und fast 43 v. H. auf die Arbeiter; der Rest umfaßt mithelfende Familienangehörige (etwa 3 v. H.) und Hausangestellte (fast 7 v. H.).

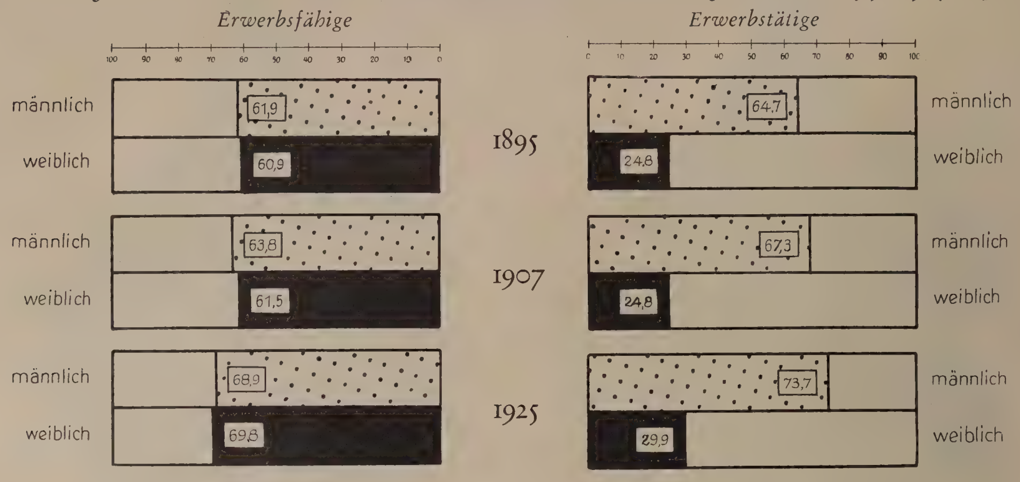
Die Erwerbstätigen nach der Stellung im Beruf 1925.

Stellung im Beruf	Männlich	Weiblich	Zusammen
Selbständige Erwerbstätige	74645	18853	93498
Angestellte und Beamte	127777	58583	186360
Arbeiter	202732	48129	250861
Mithelfende Familienangehörige	1362	15060	16422
Hausangestellte	233	39033	39266[1]
Zusammen	406749	179658	586407

In den einzelnen Berufsabteilungen ist der Anteil der sozialen Klassen allerdings recht verschieden, vor allem, wenn man hierbei die Geschlechter getrennt betrachtet (s. Schaubild auf Seite 33). So umfassen die Arbeiter in der Industrie nicht weniger als 71 v. H. der gesamten männlichen und fast 64 v. H. der weiblichen Erwerbstätigen, im Handel und Verkehr dagegen nur etwa 39 v. H. der männlichen und 17 v. H. der weiblichen Erwerbstätigen. Hier ist dafür der Anteil der Angestellten um so größer, namentlich bei den erwerbstätigen Frauen, wo er über 55 v. H. ausmacht. Die mithelfenden Familienangehörigen haben nur bei den weiblichen Erwerbstätigen, und hier

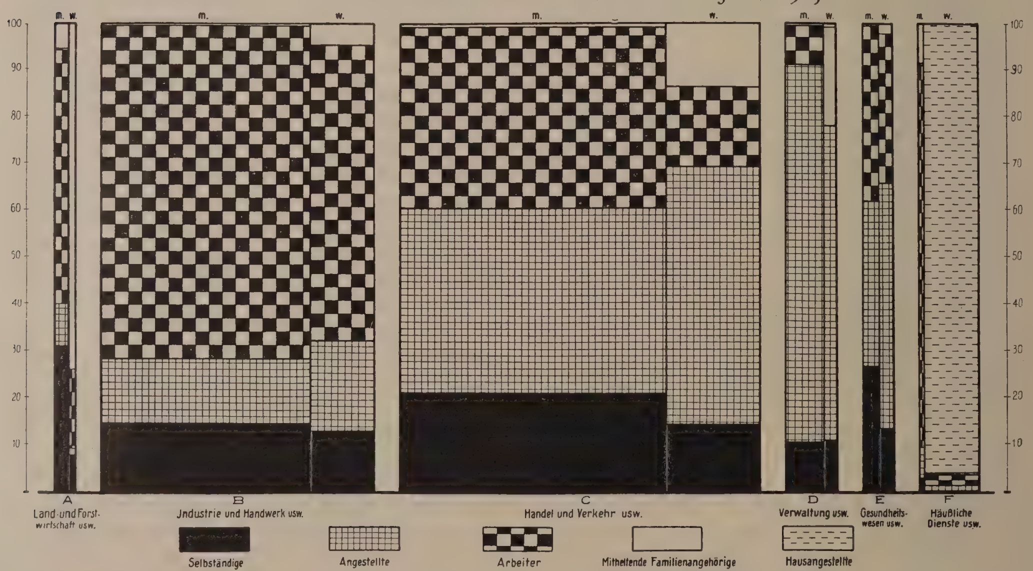
[1] Davon sind 28688 Dienstboten, die im Haushalt der Herrschaft leben.

DER ANTEIL DER ERWERBSFÄHIGEN BEVÖLKERUNG IM ALTER VON 16 BIS ZU 60 JAHREN UND DER ERWERBSTÄTIGEN IN DEN JAHREN 1895, 1907, 1925



DIE ERWERBSTÄTIGE BEVÖLKERUNG IM HAMBURGISCHEN STAATE

NACH BERUFSABTEILUNGEN UND DER STELLUNG IM BERUF
AUF GRUND DER BERUFSZÄHLUNG VOM 16. JUNI 1925

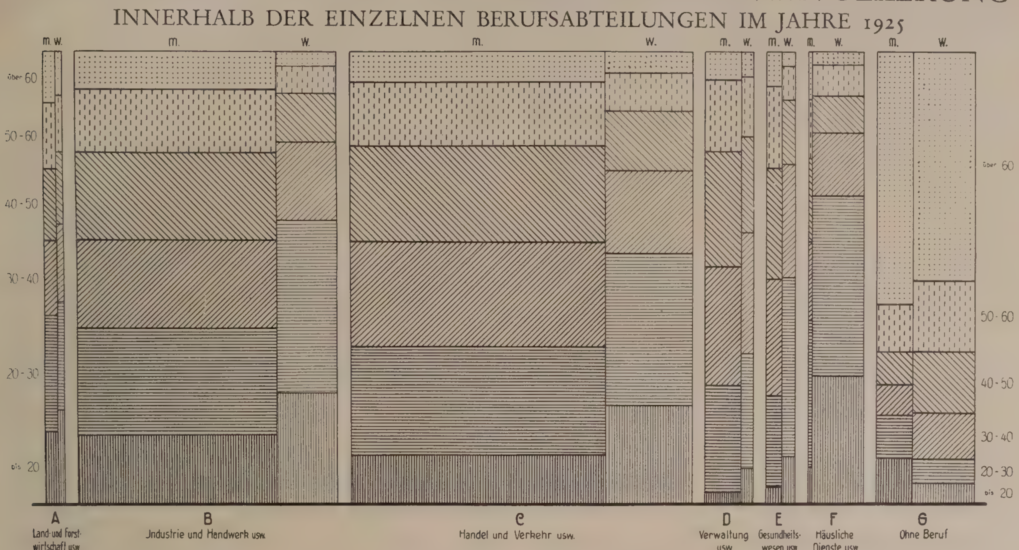


besonders in der Landwirtschaft eine größere Bedeutung, wo sie fast 75 v. H. der weiblichen Arbeitskräfte umfassen.

In den beiden letzten Schaubildern auf Seite 33 ist nochmals die *Altersgliederung* der männlichen bzw. weiblichen Erwerbstätigen, und zwar *innerhalb der einzelnen Berufsabteilungen und sozialen Gruppen* dargestellt. Auch hierbei ergeben sich recht bemerkenswerte Unterschiede. Es zeigt sich u. a., daß die Erwerbstätigen beider Geschlechter in der Ver-

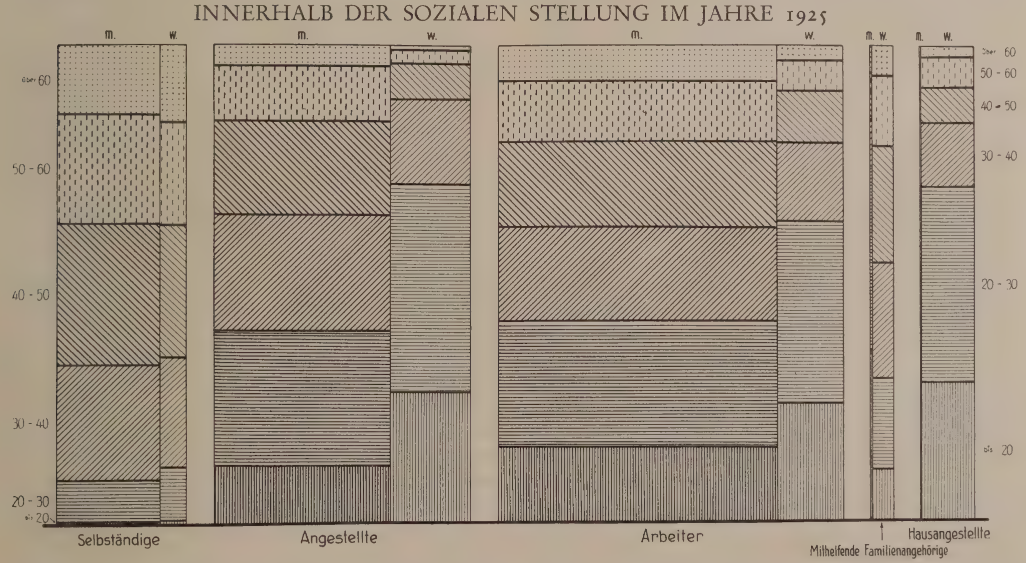
DIE ALTERSGLIEDERUNG DER ERWERBSTÄTIGEN BEVÖLKERUNG

INNERHALB DER EINZELNEN BERUFSABTEILUNGEN IM JAHRE 1925



DIE ALTERSGLIEDERUNG DER ERWERBSTÄTIGEN BEVÖLKERUNG

INNERHALB DER SOZIALEN STELLUNG IM JAHRE 1925



waltung und im Gesundheitswesen durchschnittlich älter sind als in Handel und Industrie, anderseits in der Industrie jünger als in Handel und Verkehr. Ferner ergibt sich bei der Gliederung nach der Berufsstellung für die Selbständigen und die mithelfenden Familienangehörigen ein verhältnismäßig höheres Durchschnittsalter als für die Angestellten und die Arbeiter, die etwa die gleiche Altersgliederung aufweisen. Daß allgemein bei den weiblichen Erwerbstätigen die jüngeren Altersklassen verhältnismäßig weit stärker besetzt sind als bei den männlichen, bedarf hierbei keiner besonderen Erklärung.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERHÄLTNISSE IN HAMBURG IM ERSTEN VIERTEL DES 20. JAHRHUNDERTS UND DER VERLAUF DER GEMEINGEFÄHRLICHEN UND DER ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN WÄHREND DIESER ZEIT

VON PHYSICUS PROF. DR. SIEVEKING, STADTARZT

„Parta tueri!"

IN seinem grundlegenden Werk „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert" hat *J. J. Reincke* in umfassendem Rahmen die großen Ereignisse darstellen können, die maßgebend auf die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse der Stadt und ihrer Bewohner einwirkten: Die Franzosenzeit 1806 bis 1814, den großen Brand von 1842, der ein Sechstel der damaligen Bevölkerung obdachlos machte, die Kriegsjahre 1870/71 mit der schweren Pockenepidemie, die Cholerajahre 1892/93. An Hand der seit 1820 nach Erlaß der Medizinalordnung von 1818 lückenlos durchgeführten und nur in den ersten 30er Jahren durch den Einbruch der Cholera vorübergehend und schreckhaft unterbrochenen Medizinalstatistik konnte er den segensreichen Einfluß der nach 1842 mit dem Wiederaufbau der Stadtmitte durchgeführten zentralen Wasserversorgung und Kanalisation sowie der nach 1893 technisch vollkommenen Filtrierung des Elbwassers nachweisen. Dies gelang besonders hinsichtlich der Ausbreitung des Abdominaltyphus, der Tuberkulose und der Kindersterblichkeit an Verdauungskrankheiten.

Die ersten 25 Jahre des 20. Jahrhunderts haben an solchen gewaltigen Ereignissen wohl die schweren Zeiten des *Weltkrieges* 1914—1918 mit der Rationierung aller Bedarfs- und Lebensmittel, mit ihren Frost- und Hungerwintern und mit der ihnen folgenden schweren Grippeepidemie aufzuweisen. Sonst aber hat sich die Stadt in stetigem Aufstieg bewegt und sind auch ihre Gesundheitsverhältnisse Erschütterungen nicht ausgesetzt gewesen.

Die von *Reincke* und seinen Mitarbeitern nach 1893 durchgeführte *Reorganisation des Gesundheitswesens* ist durch die Gesetzgebung des Jahres 1920 folgerichtig weiterentwickelt worden und hat auch äußerlich ihre Krönung in dem im Februar 1927 bezogenen Neubau der Gesundheitsbehörde, Besenbinderhof 41, gefunden. Das frühere Krankenhauskollegium ist als Verwaltungsabteilung der neuen Gesundheitsbehörde eingegliedert und die frühere „Versammlung der ärztlichen Mitglieder des Medizinalkollegiums" zu einer wissenschaftlichen Abteilung ausgebaut worden. Beide sind aber durch die III. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über den Aufbau der Verwaltung seit dem 1. Mai 1928 wieder beseitigt worden.

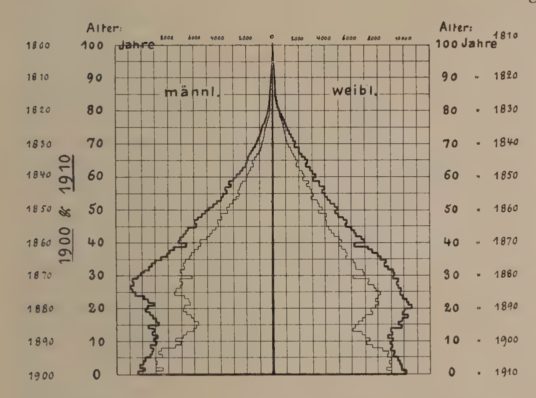
Neue Bahnen sind beschritten in der *Tuberkulose-, Säuglings-, Kleinkinder- und Krüppelfürsorge*, erst letzthin in der Bekämpfung der *Geschlechtskrankheiten* auf Grund des am 1. Oktober 1927 in Kraft getretenen Reichsgesetzes. Angeregt durch die bedeutungsvolle *Allgemeine Ausstellung für Hygienische Milchversorgung* vom 2. bis 10. Mai 1903 und gewarnt durch verschiedene auf Milchquellen zurückzuführende kleinere Typhusepidemien, hat die Gesundheitsbehörde immer wieder auf die Verbesserung der Milchgewinnung und -behandlung hingewirkt und die Bestimmungen des schon am 28. Dezember 1914 beschlossenen, aber erst am 1. Dezember 1926 in Kraft getretenen Milchgesetzes maßgeblich beeinflußt. Die Gründung des Vereins „Gesunde Milch" am 8. Februar 1904 bezweckte die Verbesserung der Milchgewinnung und -beförderung, die Milchküchen der Patriotischen Gesellschaft (1904 bis 1922) dienten der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in der Stadt.

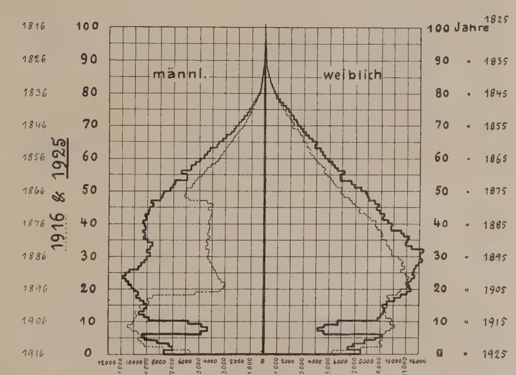
Der Überwachung des *Hafenverkehrs* ist dauernd die größte Sorgfalt gewidmet gewesen, und im Hand-in-Hand-Arbeiten mit den für das Stadtlandgebiet geltenden Vorschriften ist es stets prompt gelungen, der Einschleppung von Pest, Typhus, Fleckfieber und Pocken wirksam vorzubeugen. Die Arbeit des *Hygienischen Instituts* hat auf diesen wie auf allen andern Gebieten derart zugenommen, daß ein Neubau mit ungefähr den doppelten Ausmaßen des vor 30 Jahren errichteten Instituts die derzeit vordringlichste Aufgabe Hamburgs darstellt. Die Auswirkungen des 1898 erlassenen Gesetzes betr. *die Wohnungspflege* haben sich mehr und mehr in günstigem Sinne geltend gemacht. Es wird darüber in anderem Zusammenhange berichtet werden. Hier sei nur hervorgehoben, daß die Gesundheitsbehörde ständig bei den Arbeiten der Behörde mitgewirkt und sie befördert hat. Auch für die *Verkehrsverhältnisse* hat die Gesundheitsbehörde stets ein wachsames Auge gehabt. Es arbeiten im Hafen täglich rund 40 000 Personen, doch wohnen südlich der Elbe nur

rund 15 000, dazu auf Schiffen 3400. Solange es nicht gelingt, in der Nähe der Hauptarbeitsstätten im Hafen genügenden Wohnraum zu erstellen *(Groß-Hamburg-Frage)*, muß dessen Anbau im Norden und Osten des Stadtgebietes erfolgen. Vor allem nach der ersteren Richtung hin ist das bisher geschehen, unterstützt durch den Ausbau der Vorortsbahn (vollendet 5. Dezember 1906) und der Hochbahn (begonnen 1906) dorthin. Jetzt müssen die Verkehrsgelegenheiten zum östlichen Stadtgebiet ausgebaut werden, um den dringenden Bedürfnissen der wachsenden Bevölkerung Genüge leisten zu können. Hand in Hand damit geht eine *Umgestaltung der Bebauungspläne* und der *Technik des Wohnungsbaues*, bei denen auch die Gesundheitsbehörde ihren Einfluß geltend macht.

Aufbau der Bevölkerung des hamburgischen Staates in den Jahren 1900, 1910, 1916 und 1925.

Fig. 1.





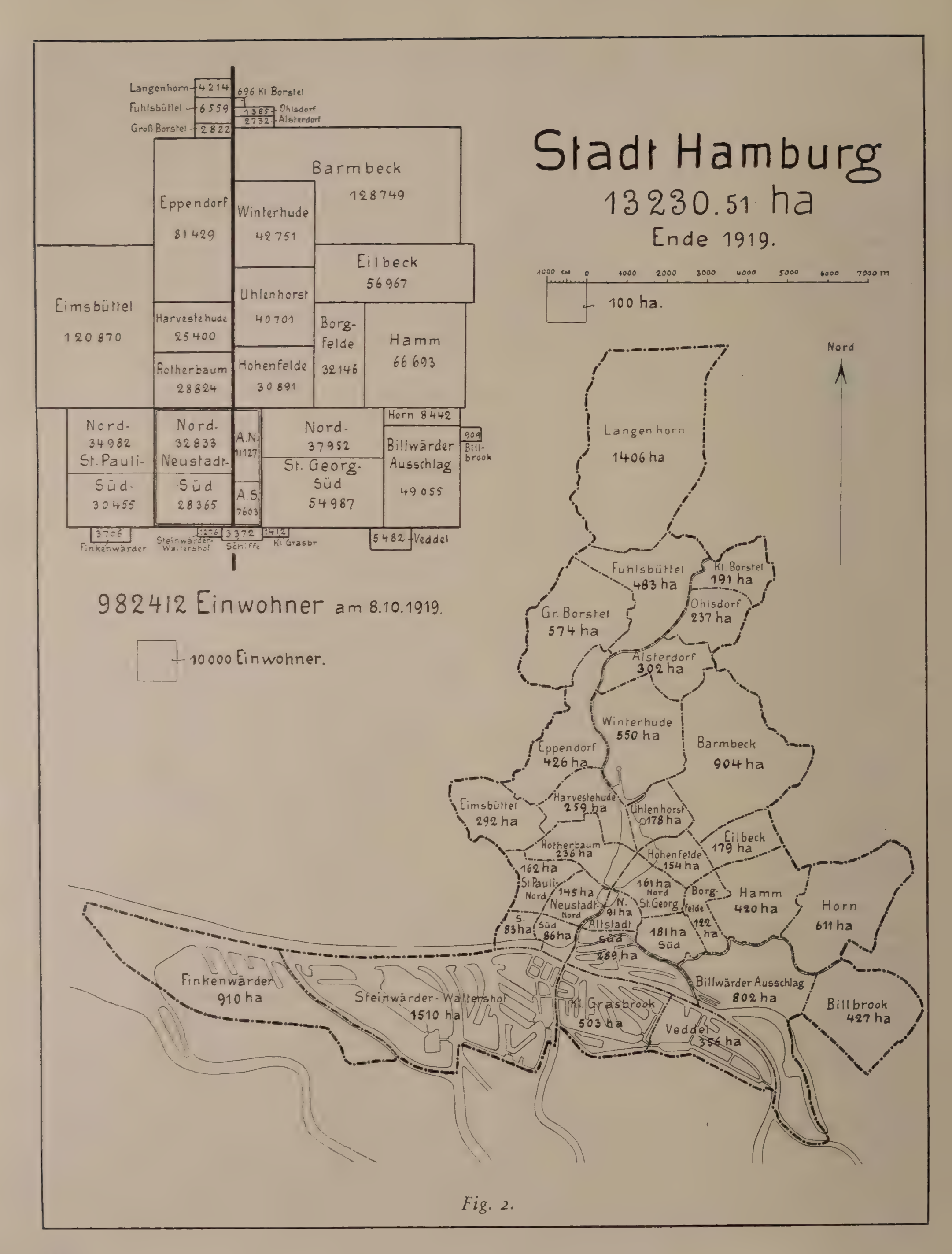
Die staatlichen *Krankenanstalten* sind trotz der 1913/14 erfolgten Eröffnung des Barmbecker Allgemeinen Krankenhauses an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt; sie stellen jetzt 12 662 Betten zur Verfügung, während die privaten Anstalten die Zahl der ihrigen auf 2968 in allmählichem, langsamem Ausbau erhöht haben. Die Schwierigkeiten sind noch dadurch vermehrt, daß die 1919 eröffnete *Universität* das Eppendorfer Krankenhaus zum klinischen Unterricht benutzt und trotz Raummangels und der durch die ganze Anlage und Organisation der übergroßen Anstalt heraus bedingten Hindernisse nach Ausdehnung, besonders für die verschiedenen Spezialgebiete, hindrängt.

Von wichtigen allgemeinen gesundheitlichen Fragen ist schließlich hier darauf hinzuweisen, daß die Umstellung der *Wasserversorgung* auf Grundwassergewinnung in den Vierlanden in die Wege geleitet ist und ihrer demnächstigen Vollendung entgegensieht, daß ebenso die *Verwertung des Abfischgutes der Stammsieleinmündung* in Verbindung mit der Verwertung von *Straßenkehricht*, *Marktabfall* und *havarierten Schiffsladungen* durch die Anlage der Havag (Hamburger Abfallstoff-Verwertung Aktiengesellschaft) auf der Veddel eine befriedigende Lösung zu finden sucht und daß die *Hausmüll-Abfuhr* im Regiebetriebe nach neuzeitlichen Grundsätzen im ganzen Stadtgebiet bald durchgeführt sein wird.

Hand in Hand damit ist im Landgebiet die systematische Verbesserung der Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung auf Grund der Brunnenordnung und des Gesetzes über die Aufbewahrung und Beseitigung von Abwässern, Fäkalien und sonstigen Abfallstoffen vom 26. Mai 1905 gegangen.

Bis zum Jahr 1918 einschließlich sind alljährliche *Berichte über die Medizinische Statistik des Hamburgischen Staates* im Druck erschienen. Kriegs- und Inflationszeit haben die Fortsetzung bisher unterbrochen. Deshalb will der folgende Bericht zugleich diese von vielen Seiten als bedauerlich empfundene Lücke ausfüllen und beschränkt sich nicht allein auf die ersten 25 Jahre des 20. Jahrhunderts, sondern bringt alle statistischen Aufnahmen bis einschließlich 1927. Für die Folgezeit wird es hoffentlich wieder möglich sein, in herkömmlicher Weise die medizinisch-statistischen Berichte jährlich zu erstatten.

* * *



Stadt Hamburg
13230.51 ha
Ende 1919.
100 ha.
Nord
982412 Einwohner am 8.10.1919.
10000 Einwohner.
Langenhorn 4214
Fuhlsbüttel 6559
Groß Borstel 2822
696 Kl. Borstel
1385 Ohlsdorf
2732 Alsterdorf
Barmbeck 128749
Eppendorf 81429
Winterhude 42751
Eilbeck 56967
Eimsbüttel 120870
Harvestehude 25400
Uhlenhorst 40701
Borg-felde 32146
Hamm 66693
Rotherbaum 28824
Hohenfelde 30891
Nord- 34982 St. Pauli- Süd- 30455
Nord- 32833 Neustadt- Süd 28365
A.N. 11127
A.S. 7603
Nord- 37952 St. Georg- Süd 54987
Horn 8442
Billwärder Ausschlag 49055
909 Bill-brook
3706 Finkenwärder
Steinwärder-Waltershof
3372 Schiffe
1412 Kl. Grasbr.
5482 Veddel
Langenhorn 1406 ha
Fuhlsbüttel 483 ha
Kl. Borstel 191 ha
Ohlsdorf 237 ha
Gr. Borstel 574 ha
Alsterdorf 302 ha
Winterhude 550 ha
Barmbeck 904 ha
Eppendorf 426 ha
Eimsbüttel 292 ha
Harvestehude 259 ha
Uhlenhorst 178 ha
Rotherbaum 236 ha
Eilbeck 179 ha
Hohenfelde 154 ha
162 ha St. Pauli-Nord
145 ha Neustadt-Nord
N. 91 ha
161 ha Nord St. Georg
Borg-felde 122 ha
Hamm 420 ha
Horn 611 ha
S. 83 ha
Süd 86 ha
Altstadt Süd 289 ha
181 ha Süd
Finkenwärder 910 ha
Steinwärder-Waltershof 1510 ha
Kl. Grasbrook 503 ha
Veddel 356 ha
Billwärder Ausschlag 802 ha
Billbrook 427 ha

Fig. 2.

Bei der Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse einer Stadt spielt der *Altersaufbau* ihrer Bevölkerung eine wichtige Rolle. Aus dem Vergleich der in Fig. 1 dargestellten Jahre 1900, 1910, 1916 und 1925 ist zunächst eine allmähliche absolute Zunahme der Bevölkerung Hamburgs zu erkennen.

Die Stadt Hamburg hatte

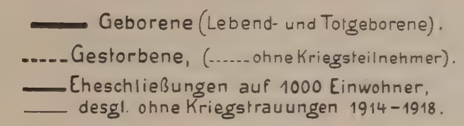
1900	699 489	Einwohner
1913	1 022 905	„
1925	1 108 090	„

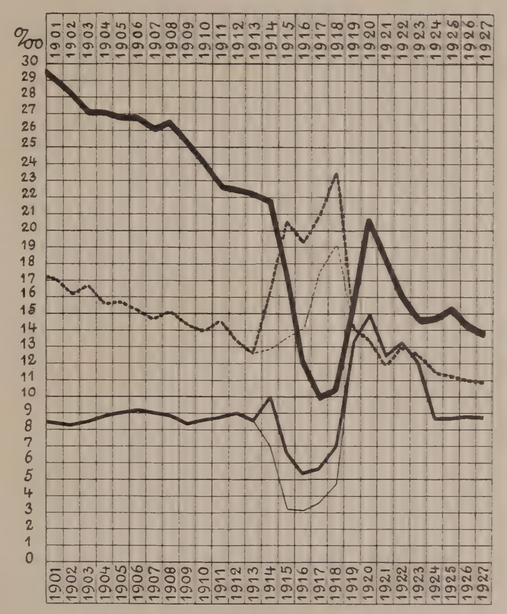
Im Jahre 1900 zeigt die Einschnürung der Zwiebelform bei den 29jährigen den Geburtenrückgang infolge des Krieges 1870/71 an und ist für beide Geschlechter auch 1910 bei den 39jährigen und 1925 bei den 54- und 55jährigen deutlich. Die auffallende Einschnürung der 14—17jährigen 1900 erklärt sich aus der hohen Säuglingssterblichkeit der Jahre 1884 bis 1887, besonders 1886. Das Jahr 1916 zeigt die Abwesenheit der 18—47 Jahre alten männlichen Bevölkerung im Kriege; vor allem aber ist die damals in den beiden ersten Lebensjahren und 1925 vom 7. bis 10. Lebensjahre klaffende Lücke bemerkenswert als Folge des in den Kriegsjahren katastrophalen Rückganges der Geburten. Die älteren Jahresklassen, besonders des weiblichen Geschlechtes, überwiegen infolge des Krieges verhältnismäßig, und die Grundlage des Aufbaues wird dauernd schmaler bleiben, da sich nach kurzem Rückschlag 1920 die Geburtenhäufigkeit auf rund 8 v. T. unter den Vorkriegsdurchschnitt einstellen zu wollen scheint. Das Anwachsen der Bevölkerung relativ und absolut in den zwischen 20 und 40 liegenden Altersklassen, die Ursache der Zwiebelform, ist auf Zuzug von auswärts zu buchen.

Die *Verteilung der Bevölkerung* auf die einzelnen Stadtteile hat insofern eine gewisse Veränderung erfahren, als sich die innere Stadt mehr und mehr entvölkert (Citybildung) und die noch freieren nördlichen und östlichen Stadtteile stärker besiedelt worden sind (Fig. 2).

Die Abnahme des früheren *Geburtenüberschusses* wird in etwas wettgemacht durch die (nach vorübergehender scharfer Steigerung durch die verheerende Grippeepidemie der Jahre 1917 und 1918) stetige *Abnahme der allgemeinen* und vor allem der *Säuglingssterblichkeit*. Dabei hat die Zahl der *Eheschließungen* sich nach dem Ab und Auf der Kriegs- und Nachkriegsjahre jetzt wieder auf diejenige der Vorkriegszeit eingestellt. Aus Fig. 3 sind diese Verhältnisse klar und einfach abzulesen. Die stark punktierte Linie zeigt die Sterblichkeit während der Kriegsjahre (einschließlich der Kriegsteilnehmer) an, wobei aber manche nicht Ortsansässige mitgezählt werden mußten; ähnlich verhält es sich mit den Kriegstrauungen. Daß auch die verhältnismäßige

Fig. 3.





Zunahme der *Ehescheidungen* hier eine Rolle spielt, darf nicht vergessen werden.

Ihre Zahl betrug

1900	auf 10 000	Einwohner	429 =	5,5 v. H.,
1910	„ 10 000	„	918 =	9,18 v. H.,
1920	„ 10 000	„	2415 =	22,13 v. H.,
1925	„ 10 000	„	1899 =	16,48 v. H.

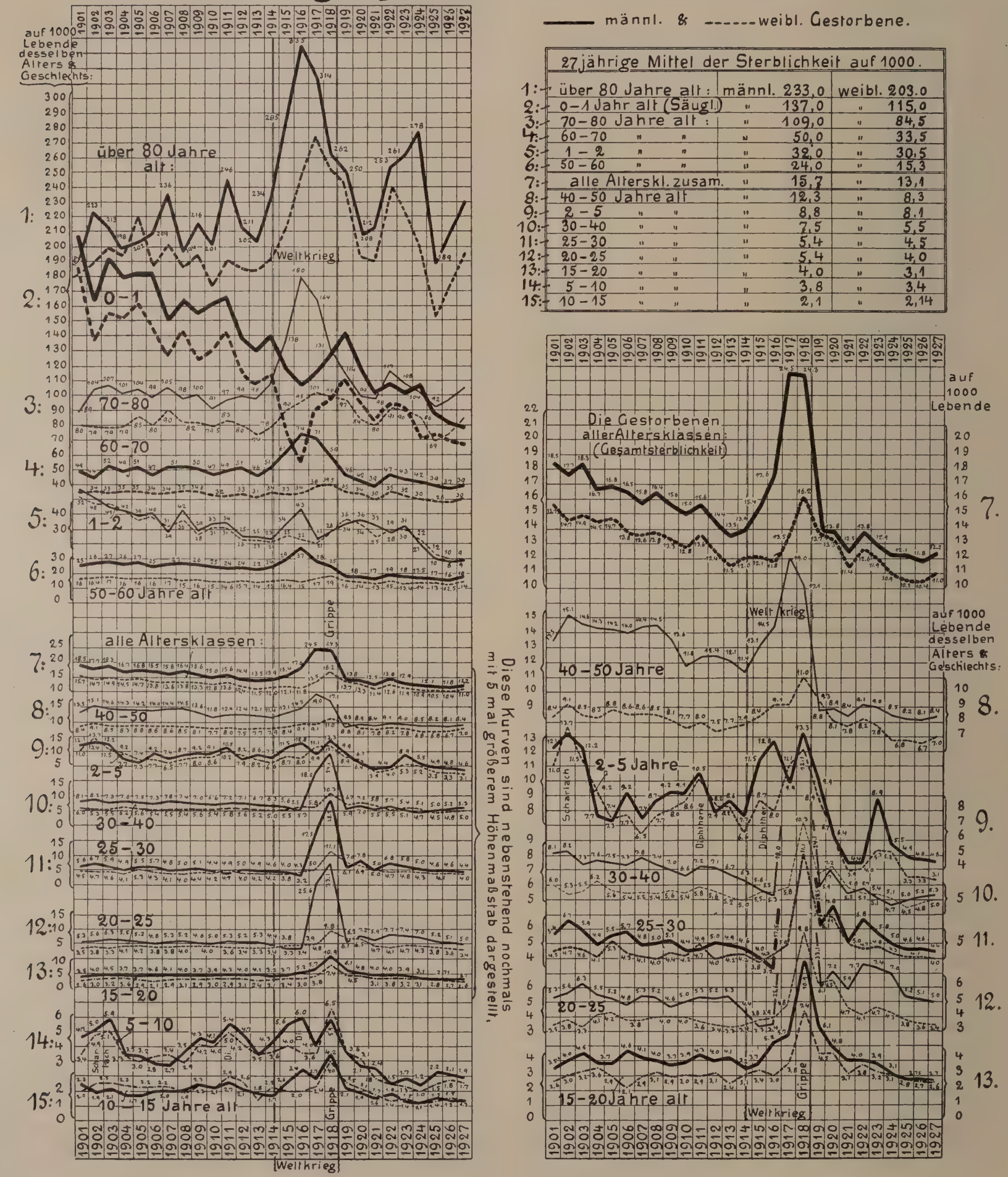
Wiederholt ist von fachkundiger Seite *(Stroeder, Nevermann)* auf die zunehmende Zahl der *Todesfälle im Wochenbett*, die wenigstens bis 1922 durch die Bank auf das Konto der künstlichen Abtreibung kommen, hingewiesen worden.

Aus den nachstehenden Tabellen A bis P sind die hauptsächlichsten Jahresergebnisse der Geburts- und Sterblichkeitsstatistik (Fig. 4) der Stadt und des übrigen Gebietes von 1901 bis 1927 ersichtlich.

(Fortsetzung des Textes auf Seite 54.)

Fig. 4.

Die Gestorbenen im hamburgischen Staate nach dem Alter und Geschlecht auf 1000 Lebende desselben Alters und Geschlechts, (im 1. Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene). Seit Kriegsbeginn (1914) ohne Militärpersonen.



27jährige Mittel der Sterblichkeit auf 1000.		
1: über 80 Jahre alt:	männl. 233,0	weibl. 203.0
2: 0–1 Jahr alt (Säugl.)	" 137,0	" 115,0
3: 70–80 Jahre alt:	" 109,0	" 84,5
4: 60–70 " "	" 50,0	" 33,5
5: 1 – 2 " "	" 32,0	" 30,5
6: 50 – 60 " "	" 24,0	" 15,3
7: alle Alterskl. zusam.	" 15,7	" 13,1
8: 40 – 50 Jahre alt	" 12,3	" 8,3
9: 2 – 5 " "	" 8,8	" 8,1
10: 30–40 " "	" 7,5	" 5,5
11: 25–30 " "	" 5,4	" 4,5
12: 20–25 " "	" 5,4	" 4,0
13: 15 – 20 " "	" 4,0	" 3,1
14: 5 – 10 " "	" 3,8	" 3,4
15: 10 – 15 " "	" 2,1	" 2,14

A

Geburten.

Die gesamten Geburten und Geborenen sowie die Lebendgeborenen in der Stadt Hamburg.

Jahr	Geburten					Geborene (einschließlich Totgeborene)							Lebendgeborene					Auf 1000 Einwohner geborene Kinder	Einwohnerzahl Mitte des Jahres
	ehe-liche	unehe-liche	zusammen	von Ärzten ge-meldete	mehr-fache Ge-burten	Knaben	Mäd-chen	zu-sammen	ehe-liche	unehe-liche	reif geboren	früh-zeitig geboren	eheliche m.	eheliche w.	uneheliche m.	uneheliche w.	zu-sammen		
1901	17 892	2 550	20 442	3 257	251	10 658	10 037	20 695	18 113	2 582	19 260	1435	9 003	8 560	1279	1166	20 008	28,86	716 878
1902	17 744	2 528	20 272	3 228	254	10 560	9 969	20 529	17 886	2 643	19 145	1384	8 913	8 444	1274	1247	19 878	28,00	732 785
1903	17 308	2 580	19 888	3 216	231	10 324	9 797	20 121	17 511	2 610	18 687	1434	8 656	8 346	1295	1169	19 466	26,91	747 004
1904	17 641	2 692	20 333	3 202	263	10 567	10 032	20 599	17 874	2 725	18 996	1603	8 899	8 419	1292	1273	19 883	26,87	765 849
1905	17 931	2 885	20 816	3 336	279	10 867	10 230	21 097	18 172	2 925	19 528	1569	9 033	8 608	1444	1315	20 400	26,65	791 462
1901—1905	88 516	13 235	101 751	16 239	1278	52 976	50 065	103 041	89 556	13 485	95 616	7425	44 504	42 377	6584	6170	99 635	27,45	3 753 978
1906	18 583	2 885	21 468	3 385	280	11 055	10 696	21 751	18 828	2 923	20 152	1599	9 279	9 018	1394	1388	21 079	26,63	816 792
1907	18 878	2 822	21 700	3 397	283	11 328	10 657	21 985	19 019	2 966	20 311	1674	9 546	8 897	1396	1407	21 246	26,03	844 579
1908	19 462	3 227	22 689	3 821	287	11 904	11 075	22 979	19 718	3 261	21 134	1845	9 862	9 282	1620	1468	22 232	26,52	866 325
1909	18 903	3 196	22 099	3 695	274	11 464	10 909	22 373	19 153	3 220	20 552	1821	9 472	9 101	1568	1491	21 632	25,20	887 750
1910	18 527	3 170	21 697	3 795	270	11 449	10 521	21 970	18 769	3 201	20 150	1820	9 419	8 805	1622	1416	21 262	23,95	917 750
1906—1910	94 353	15 300	109 653	18 093	1394	57 200	53 858	111 058	95 487	15 571	102 299	8759	47 578	45 103	7600	7170	107 451	25,63	4 333 196
1911	18 168	2 999	21 167	3 852	236	11 018	10 386	21 404	18 374	3 030	19 598	1806	9 079	8 724	1492	1367	20 662	22,65	945 063
1912	18 608	3 106	21 714	4 211	259	11 379	10 596	21 975	18 847	3 128	20 096	1879	9 426	8 854	1544	1424	21 248	22,53	975 562
1913	19 012	3 373	22 385	4 547	278	11 748	10 917	22 665	19 244	3 421	20 757	1908	9 670	9 025	1661	1558	21 914	22,16	1 022 905
1914	18 590	3 281	21 871	3 997	258	11 408	10 723	22 131	18 817	3 314	20 335	1796	9 390	8 801	1571	1550	21 312	21,50	1 030 983
1915	14 172	2 496	16 668	3 882	181	8 581	8 268	16 849	14 335	2 514	15 570	1279	7 056	6 835	1227	1160	16 278	17,80	946 235
1911—1915	88 550	15 255	103 805	20 489	1212	54 134	50 890	105 024	89 617	15 407	96 356	8668	44 621	42 239	7495	7059	101 414	21,34	4 920 748
1916	9 811	1 670	11 481	3 180	120	6 056	5 545	11 601	9 916	1 685	10 599	1002	5 007	4 603	821	771	11 202	13,40	863 414
1917	8 227	1 241	9 468	2 631	102	4 949	4 622	9 571	8 316	1 255	8 728	843	4 148	3 924	627	564	9 263	11,50	834 934
1918	8 554	1 365	9 919	3 038	121	5 277	4 763	10 040	8 666	1 374	9 044	996	4 431	3 954	648	641	9 674	12,40	811 908
1919	13 721	1 773	15 494	4 428	178	8 116	7 558	15 674	13 878	1 796	14 233	1441	6 979	6 489	874	795	15 137	15,90	985 784
1920	18 095	2 486	20 581	6 252	239	10 740	10 084	20 824	18 310	2 514	18 778	2046	9 186	8 578	1174	1167	20 105	20,50	1 025 502
1916—1920	58 408	8 535	66 943	19 529	760	35 138	32 572	67 710	59 086	8 624	61 382	6328	29 751	27 548	4144	3938	65 381	14,98	4 521 542
1921	16 324	2 335	18 659	6 357	204	9 757	9 106	18 863	16 510	2 353	16 846	2017	8 235	7 723	1122	1038	18 118	18,16	1 038 547
1922	14 450	2 163	16 613	6 468	176	8 568	8 223	16 791	14 604	2 187	15 176	1615	7 182	6 953	1037	969	16 141	15,83	1 060 909
1923	13 488	1 806	15 294	6 667	180	8 125	7 350	15 475	13 652	1 823	13 847	1628	6 944	6 259	874	796	14 873	14,45	1 071 113
1924	13 739	1 733	15 472	7 771	165	8 041	7 598	15 639	13 897	1 742	13 924	1715	6 895	6 577	845	769	15 086	14,56	1 073 883
1925	14 147	1 995	16 142	8 892	197	8 452	7 890	16 342	14 332	2 010	14 291	2051	7 166	6 727	967	912	15 772	15,50	1 054 021
1926	13 178	1 998	15 176	8 161	163	7 885	7 456	15 341	13 324	2 017	13 730	1611	6 668	6 278	929	958	14 833	14,18	1 082 242
1927	12 953	1 927	14 880	8 450	157	7 796	7 242	15 038	13 037	2 001	13 468	1570	6 555	6 112	975	915	14 557	13,61	1 105 112

Geburten.

B

Die gesamten Geburten und Geborenen sowie die Lebendgeborenen im Landgebiet Hamburg.

Jahr	Geburten					Geborene (einschließlich Totgeborene)							Lebendgeborene					Auf 1000 Einwohner geborene Kinder	Einwohnerzahl Mitte des Jahres
	eheliche	uneheliche	zusammen	von Ärzten gemeldete	mehrfache Geburten	Knaben	Mädchen	zusammen	eheliche	uneheliche	reif geboren	frühzeitig geboren	eheliche m.	eheliche w.	uneheliche m.	uneheliche w.	zusammen		
1901......	1824	132	1 956	200	37	960	1033	1 993	1861	132	1881	112	869	934	61	67	1931	31,6	63 044
1902......	1767	148	1 915	200	22	975	960	1 935	1787	148	1858	77	878	864	70	72	1884	30,1	64 328
1903......	1781	137	1 918	212	26	1080	864	1 944	1804	140	1859	85	974	781	71	60	1886	29,4	66 118
1904......	1804	163	1 967	215	28	1040	955	1 995	1831	164	1880	115	926	856	81	67	1930	29,6	67 495
1905......	1845	144	1 989	221	29	1036	982	2 018	1873	145	1898	120	942	887	73	62	1964	28,7	70 416
1901—1905	9021	724	9 745	1048	142	5091	4794	9 885	9156	729	9376	509	4589	4322	356	328	9595	29,83	331 401
1906......	1852	198	2 050	216	26	1075	1001	2 076	1876	200	1949	127	937	890	102	88	2017	28,4	73 159
1907......	1837	189	2 026	232	27	1074	979	2 053	1861	192	1918	135	944	866	95	81	1986	27,2	75 535
1908......	1901	156	2 057	198	26	1050	1033	2 083	1923	160	1993	90	955	933	69	83	2040	26,7	78 049
1909......	1792	171	1 963	182	21	1023	961	1 984	1813	171	1893	91	914	849	70	92	1925	24,6	80 515
1910......	1828	171	1 999	193	30	1054	975	2 029	1857	172	1926	103	932	872	84	81	1969	24,5	82 650
1906—1910	9210	885	10 095	1021	130	5276	4949	10 225	9330	895	9679	546	4682	4410	420	425	9937	26,22	389 980
1911......	1822	155	1 977	237	33	1012	998	2 010	1852	158	1897	113	912	892	64	84	1952	23,7	84 941
1912......	1709	140	1 849	190	20	928	943	1 871	1730	141	1770	101	834	849	61	70	1814	21,3	87 639
1913......	1436	120	1 556	147	16	815	757	1 572	1451	121	1498	74	730	688	61	54	1533	22,1	71 019
1914......	1468	120	1 588	105	19	800	807	1 607	1486	121	1485	122	716	730	58	58	1562	22,3	72 169
1915......	1141	100	1 241	81	16	624	633	1 257	1157	100	1179	78	550	563	51	47	1211	19,3	64 991
1911—1915	7576	635	8 211	760	104	4179	4138	8 317	7676	641	7829	488	3742	3722	295	313	8072	21,84	380 759
1916......	901	74	975	43	8	520	463	983	906	77	941	42	465	420	39	33	957	15,8	62 239
1917......	788	65	853	26	11	450	414	864	799	65	826	38	406	375	31	31	843	14,0	61 496
1918......	753	55	808	32	10	420	398	818	760	58	753	65	384	356	23	31	794	13,4	60 946
1919	1020	67	1 087	44	18	533	572	1 105	1036	69	1026	79	483	525	34	32	1074	17,1	64 596
1920	1387	89	1 476	66	22	747	752	1 499	1408	91	1405	94	690	684	38	49	1461	22,9	65 572
1916—1920	4849	350	5 199	211	69	2670	2599	5 269	4909	360	4951	318	2428	2360	165	176	5129	16,74	314 849
1921......	1315	84	1 399	57	18	762	655	1 417	1333	84	1322	95	685	607	44	35	1371	21,2	66 993
1922	1154	114	1 268	57	18	666	620	1 286	1215	71	1204	82	600	583	41	22	1246	18,5	69 429
1923......	1093	65	1 158	77	8	596	570	1 166	1100	66	1080	86	548	523	31	32	1134	16,5	70 817
1924......	1139	56	1 195	166	9	628	576	1 204	1150	54	1140	64	588	544	27	23	1182	16,7	72 307
1925......	1177	84	1 261	275	16	645	632	1 277	1191	86	1189	88	582	576	42	38	1238	17,1	74 767
1926......	1130	73	1 201	143	14	624	591	1 215	1142	73	1145	70	566	544	39	29	1178	15,8	77 019
1927......	1139	94	1 233	103	15	644	604	1 248	1156	92	1168	80	585	544	46	45	1220	15,8	79 160

Die Totgeborenen.

Jahr	Vor der Geburt verstorben: Stadt Hamburg m.	w.	Landgebiet m.	w.	Während der Geburt verstorben: Stadt Hamburg m.	w.	Landgebiet m.	w.	Ohne nähere Angaben: Stadt Hamburg m.	w.	Landgebiet m.	w.	Totgeborene überhaupt: Stadt Hamburg ehelich m.	ehelich w.	unehelich m.	unehelich w.	zusammen	Landgebiet ehelich m.	ehelich w.	unehelich m.	unehelich w.	zusammen	Davon frühzeitig geboren: Stadt Hamburg m.	w.	Landgebiet m.	w.	Totgeborene überhaupt: Knaben Stadt	Knaben Land	Mädchen Stadt	Mädchen Land
1901......	426		36		246		25		15		1		300	250	76	61	687	28	30	2	2	62	176	163	17	16	376	30	311	32
1902......	381		27		245		22		25		2		306	223	67	55	651	22	23	5	1	51	161	149	8	7	373	27	278	24
1903......	356		27		277		28		22		3		290	219	83	63	655	31	18	4	5	58	174	138	13	6	373	35	282	23
1904......	403		37		290		24		23		4		305	251	71	89	716	25	24	8	8	65	172	175	19	13	376	33	340	32
1905......	389		32		291		20		17		2		309	222	81	85	697	14	30	7	3	54	175	166	9	16	390	21	307	33
1901—1905	1955		159		1349		119		102		12		1510	1165	378	353	3406	120	125	26	19	290	858	791	66	58	1888	146	1518	144
1906......	396		36		258		22		18		1		306	225	76	65	672	32	17	4	6	59	185	161	15	14	382	36	290	23
1907......	439		42		285		24		15		1		302	274	84	79	739	29	22	6	10	67	183	175	22	15	386	35	353	32
1908......	414		34		317		18		16		1		327	247	95	78	747	22	23	4	4	53	151	174	14	10	422	26	325	27
1909......	451		32		274		23		16		4		331	249	93	68	741	31	19	8	1	59	216	157	17	13	424	39	317	20
1910	388		37		289		18		31		5		313	232	95	68	708	33	20	5	2	60	197	167	17	10	408	38	300	22
1906—1910	2088		181		1423		105		96		12		1579	1227	443	358	3607	147	101	27	23	298	932	834	85	62	2022	174	1585	124
1911......	439		30		280		26		23		2		338	233	109	62	742	32	16	4	6	58	206	158	14	10	447	36	295	22
1912......	404		33		303		23		20		1		324	243	85	75	727	27	20	6	4	57	201	174	12	7	409	33	318	24
1913......	426		27		305		10		20		2		304	245	113	89	751	21	12	3	3	39	204	173	10	5	417	24	334	15
1914......	521		29		291		15		7		1		343	283	104	89	819	24	16	2	3	45	192	178	6	11	447	26	372	19
1915......	317		29		245		15		9		2		227	217	71	56	571	21	23	2	—	46	139	136	8	4	298	23	273	23
1911—1915	2107		148		1424		89		79		8		1536	1221	482	371	3610	125	87	17	16	245	942	819	50	37	2018	142	1592	103
1916......	237		9		158		17		4		—		179	127	49	44	399	14	7	2	3	26	109	97	4	5	228	16	171	10
1917......	174		11		119		7		15		3		142	102	32	32	308	12	6	1	2	21	89	71	4	5	174	13	134	8
1918......	218		14		121		8		27		2		142	139	56	29	366	11	9	2	2	24	109	102	4	5	198	13	168	11
1919......	136	140	12	7	79	79	1	6	48	55	4	3	212	198	51	76	537	14	14	3	2	33	125	142	9	6	263	16	274	15
1920	184	184	9	10	128	80	5	5	68	75	5	4	296	250	84	89	719	18	16	1	3	38	187	190	6	12	380	19	339	19
1916—1920	1273		72		764		49		292		21		971	816	272	270	2329	69	52	9	12	142	619	602	27	33	1243	77	1086	63
1921......	204	198	11	7	100	72	3	3	96	75	18	4	297	255	103	90	745	28	13	4	1	46	201	185	15	6	400	32	345	14
1922......	152	133	13	9	75	69	4	1	122	99	8	5	250	219	99	82	650	19	13	6	2	40	184	151	6	8	349	25	301	15
1923......	118	116	7	9	76	65	3	2	113	114	7	4	231	218	76	77	602	16	13	1	2	32	150	167	7	4	307	17	295	15
1924......	104	82	4	4	63	54	1	2	134	116	8	3	233	192	68	60	553	9	9	4	—	22	153	136	2	5	301	13	252	9
1925......	60	50	5	1	68	54	3	4	191	147	12	14	244	195	75	56	570	16	17	5	1	39	160	137	6	9	319	21	251	18
1921—1925	638	579	40	30	382	314	14	12	656	551	53	30	1255	1079	421	365	3120	88	65	20	6	179	848	776	36	32	1676	108	1444	71
1901—1925	8640		630		5656		388		1776		136		12359		3713		16072	979		175		1154	4199	3822	264	222	8847	647	7225	505
1926......	135	116	9	10	97	63	2	6	49	48	8	2	215	163	73	57	508	16	16	3	2	37	139	112	9	11	281	19	227	18
1927	89	70	4	4	60	51	4	3	120	91	3	10	211	159	58	53	481	11	15	1	1	28	141	111	2	11	269	12	212	16

D

Die Geborenen (einschl. Totgeborene) in den einzelnen Bezirken.

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Altstadt Nord	997	1039	969	924	840	786	681	526	471	419	362	337	303	190	156	107	69	84	127	209	211	199	196	192	187	171	137
Altstadt Süd	265	244	245	222	215	211	192	189	148	150	150	135	108	134	102	52	56	42	82	152	144	100	113	106	106	90	99
Neustadt Nord	1321	1332	1220	1161	1107	1046	966	986	890	837	760	767	712	659	542	331	268	284	466	712	620	571	499	547	555	547	565
Neustadt Süd	1282	1158	1109	1029	953	881	723	734	688	621	562	596	570	594	394	316	252	268	401	532	517	468	420	402	461	399	405
St. Georg Nord	952	934	852	825	787	835	704	729	624	608	591	525	550	508	402	308	252	297	388	591	542	523	459	470	476	472	456
St. Georg Süd	1675	1744	1679	1713	1815	1789	1749	1638	1557	1506	1398	1347	1333	1176	953	594	497	521	893	1254	1129	949	798	857	905	836	829
St. Pauli Nord	1094	1079	980	925	972	927	902	874	837	720	742	729	738	694	526	376	337	273	490	675	581	516	479	533	521	523	480
St. Pauli Süd	979	993	891	845	827	808	754	756	780	700	657	628	616	617	428	335	276	305	430	562	544	488	476	396	447	441	461
Eimsbüttel	2060	2109	2098	2241	2274	2581	2852	3265	3205	3238	3169	3204	3107	2993	2196	1505	1273	1360	1919	2460	2091	1801	1614	1672	1739	1630	1549
Rotherbaum	473	438	448	431	403	393	356	412	389	348	340	297	301	266	258	180	124	149	331	433	463	403	396	404	361	375	323
Harvestehude	293	294	334	321	315	361	386	401	384	342	316	322	338	302	241	183	187	169	262	411	441	417	399	412	385	315	325
Eppendorf	1090	1161	1271	1319	1595	1724	1831	2012	2027	2001	1920	1996	2066	2025	1429	983	795	853	1331	1556	1460	1257	1111	1035	1184	1057	967
Geestvororte: Groß-Borstel usw.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	323	299	234	150	129	130	186	313	363	354	337	303	330	342	348
Winterhude	562	573	622	717	740	704	823	873	879	997	1060	1109	1200	1020	850	637	524	513	765	1001	944	787	716	717	672	670	631
Barmbeck	1596	1697	1684	1911	2159	2238	2320	2427	2539	2719	2806	3039	3429	3492	2819	1849	1581	1633	2530	3177	2626	2411	2438	2337	2476	2373	2310
Uhlenhorst	1201	1123	1102	1110	1073	1175	1154	1215	1166	1117	979	958	910	906	695	467	377	356	658	901	825	776	707	661	669	591	588
Hohenfelde	630	604	589	555	577	530	516	463	483	438	340	361	320	359	273	236	170	208	347	505	472	437	442	452	456	400	339
Eilbeck	979	896	978	1065	1093	1211	1190	1352	1311	1162	1253	1185	1155	1141	836	585	479	490	800	1057	977	874	757	779	755	706	619
Borgfelde	635	642	542	606	657	807	923	901	898	814	716	623	599	617	466	359	243	299	451	585	513	474	417	430	434	416	397
Hamm	646	632	669	695	718	790	826	1072	1032	1227	1331	1681	1731	1866	1326	870	746	748	1229	1521	1293	1061	958	985	1024	916	977
Horn	153	119	146	186	189	214	173	225	196	215	204	265	210	222	155	112	97	98	147	192	171	146	162	168	160	142	128
Billwärder Ausschlag	1401	1336	1313	1400	1402	1364	1546	1505	1408	1309	1264	1310	1497	1413	1095	679	518	579	966	1278	1025	796	711	812	848	767	827
Billbrook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	24	22	15	8	11	10	10	24	14	16	15	21	14	13
Steinw.-Waltershof	24	27	26	22	25	22	19	21	18	28	10	19	14	27	14	9	4	8	13	13	16	24	10	8	18	9	8
Kleiner Grasbrook	5	10	7	8	7	7	9	11	18	6	8	13	5	7	—	6	3	8	18	27	78	95	56	58	51	42	35
Veddel	151	152	145	176	136	120	130	138	129	147	126	133	113	113	83	53	58	52	90	102	107	96	67	78	78	67	102
Finkenwärder	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42	76	92	85	71	64	84	93	73
Schiffe im Hafen	38	46	40	23	25	38	34	38	49	52	52	54	50	37	23	14	6	12	10	22	15	14	10	11	6	6	10
Ortsfremde[1]	193	147	162	169	193	189	216	216	247	249	288	342	340	430	331	290	242	290	292	497	579	655	640	734	933	931	1037
Stadt Hamburg	20695	20529	20121	20599	21097	21751	21985	22979	22373	21970	21404	21975	22665	22131	16849	11601	9571	10040	15674	20824	18863	16791	15475	15639	16342	15341	15038
Geestlande	324	310	312	308	339	335	336	352	338	364	373	297	59	72	42	30	33	23	32	71	60	60	66	55	79	80	73
Marschlande	456	470	466	458	471	424	406	429	394	409	378	360	304	297	216	148	127	111	134	192	202	162	139	173	155	157	158
Stadt Bergedorf	352	346	347	354	377	381	387	385	347	358	371	340	370	345	271	205	174	166	228	328	298	286	257	267	271	239	232
Stadt Geesthacht / Übriges Land Bergedorf	497	446	448	464	452	467	461	451	428	426	430	397	369	412	273	217	205	180									
Stadt Geesthacht																			86	100	114	98	77	66	88	80	93
Übriges Land Bergedorf																			204	278	257	241	184	227	242	231	217
Stadt Cuxhaven	196	200	193	311	285	324	356	328	345	332	335	348	332	324	322	281	247	281	341	389	379	319	330	311	345	315	341
Übriges Land Ritzebüttel	168	163	178	87	76	105	88	110	109	115	101	106	125	122	119	93	68	51	78	124	93	98	90	79	75	88	103
Ortsfremde[1]	—	—	—	13	18	20	19	28	22	25	22	23	13	35	14	9	10	6	2	17	14	22	23	26	22	25	31
Landgebiet	1993	1935	1944	1995	2018	2076	2053	2083	1984	2029	2010	1871	1572	1607	1257	983	864	818	1105	1499	1417	1286	1166	1204	1277	1215	1248
Hamburgischer Staat	22688	22464	22065	22594	23115	23827	24038	25062	24357	23999	23414	23846	24237	23738	18106	12584	10435	10858	16779	22323	20280	18077	16641	16843	17619	16556	16286

[1] Als „Ortsfremde“ werden die Geborenen gezählt, bei denen die Wohnung der Eltern bzw. der Mutter außerhalb der Stadt bzw. des Landgebietes liegt.

E Die Geborenen (einschl. Totgeborene) in den einzelnen Bezirken auf je 1000 der Bevölkerung.

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Altstadt Nord	27,0	28,1	26,8	26,5	24,7	24,2	24,3	22,1	21,2	19,3	18,2	18,1	18,9	12,7	13,9	10,9	7,4	9,6	11,7	18,6	18,8	17,7	17,2	16,5	16,3	14,6	12,5
Altstadt Süd	21,6	20,2	20,8	19,0	18,8	19,3	18,4	19,0	15,5	16,3	16,8	15,4	12,3	15,3	13,0	7,8	9,0	7,2	11,1	18,6	17,1	12,1	14,2	13,7	13,4	11,4	12,4
Neustadt Nord	27,0	27,2	25,3	24,5	23,7	22,9	21,7	22,7	20,8	16,9	18,6	19,0	18,1	16,9	16,2	11,4	9,8	11,1	14,6	21,1	17,9	16,1	14,1	15,5	15,9	15,4	15,6
Neustadt Süd	31,1	29,0	28,6	27,0	25,8	25,5	21,5	22,6	22,3	20,2	18,4	19,3	18,4	19,2	14,3	12,5	10,3	11,3	14,4	18,5	17,8	16,0	11,9	13,5	15,3	13,1	13,4
St. Georg Nord	21,6	21,1	19,3	18,9	18,2	19,6	16,4	17,2	14,8	14,4	14,0	12,4	12,8	11,8	11,3	9,8	8,2	10,0	10,5	15,4	13,9	13,8	15,6	12,0	12,6	12,5	11,3
St. Georg Süd	31,1	31,5	29,9	29,9	30,8	29,5	28,5	26,8	25,6	24,7	22,9	22,0	21,8	19,3	17,8	12,4	11,0	11,9	16,7	22,5	19,9	16,4	16,5	14,9	15,4	14,3	14,2
St. Pauli Nord	26,9	26,7	24,5	23,2	24,3	23,1	22,4	21,8	21,0	17,9	18,6	18,5	18,8	17,7	15,0	12,3	11,4	9,5	14,3	18,9	16,1	14,1	13,2	14,7	14,2	14,2	13,1
St. Pauli Süd	26,9	27,4	25,0	23,8	23,3	23,0	21,7	22,3	23,3	20,4	18,9	17,9	17,8	18,0	14,6	12,4	10,3	11,2	14,2	18,2	17,4	15,4	15,2	12,5	13,7	13,5	14,0
Eimsbüttel	31,2	30,4	28,9	29,3	28,0	29,5	29,9	31,9	29,7	28,4	26,6	26,0	24,7	23,6	18,6	13,9	12,2	13,3	16,2	19,9	16,6	14,1	12,7	13,1	13,4	12,5	12,0
Rotherbaum	16,2	14,8	15,2	14,7	13,7	13,4	12,0	13,9	12,7	11,2	10,9	9,6	9,7	8,2	9,8	7,6	5,5	6,9	11,3	14,4	15,0	12,9	12,7	13,0	11,6	11,9	10,4
Harvestehude	16,0	15,7	17,1	15,9	15,2	16,7	16,9	16,8	15,7	13,7	12,4	12,4	12,9	11,4	9,9	8,0	8,5	8,1	10,6	15,1	15,5	14,4	13,7	14,1	13,1	10,6	10,9
Eppendorf	33,8	33,0	33,1	30,9	33,4	33,0	32,4	32,9	30,8	28,2	39,0	25,5	25,3	24,4	18,2	13,5	11,2	12,5	16,6	18,7	17,1	14,5	12,9	12,0	13,8	12,2	11,0
Geestvororte: Groß-Borstel usw.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16,8	15,2	12,4	8,4	7,4	8,0	10,1	15,7	17,2	15,7	13,5	12,0	13,3	13,4	12,8
Winterhude	37,4	34,9	33,9	36,0	35,3	31,2	33,0	32,4	30,4	32,0	31,5	30,4	30,6	25,4	21,7	17,2	14,2	14,3	18,3	22,7	20,8	17,0	15,4	15,4	14,1	13,8	12,9
Barmbeck	32,5	32,9	30,4	31,9	33,5	32,2	31,5	30,9	30,4	30,4	28,7	28,2	29,3	29,2	23,8	16,5	14,4	15,1	20,0	24,2	19,4	17,4	16,9	15,9	16,4	15,2	14,4
Uhlenhorst	35,3	32,4	32,0	31,9	29,6	31,5	29,9	30,5	28,7	27,2	24,2	23,7	22,3	22,2	17,9	13,0	10,9	10,6	16,5	21,4	19,0	17,6	16,0	15,0	14,9	13,3	13,4
Hohenfelde	22,3	21,0	20,3	18,9	19,5	17,7	16,9	14,8	15,5	14,1	10,9	11,5	10,1	11,2	9,4	8,9	6,7	8,5	11,5	15,7	14,3	13,0	13,0	13,2	13,5	11,7	9,9
Eilbeck	31,0	27,2	27,7	28,5	27,3	28,7	26,7	28,3	26,0	21,8	22,5	20,6	19,6	19,3	15,0	11,6	9,9	10,3	14,4	18,1	16,4	14,4	12,5	12,9	12,4	11,6	10,4
Borgfelde	27,7	27,9	23,1	25,3	25,9	29,1	30,4	28,3	27,2	24,0	21,1	18,4	17,7	18,2	14,6	12,6	8,8	11,2	14,3	17,8	15,3	13,9	12,3	12,7	12,8	12,0	11,5
Hamm	32,4	30,7	30,9	30,0	28,4	28,7	26,9	31,4	27,5	29,1	27,7	30,7	28,1	29,2	21,5	15,2	13,4	13,8	18,9	22,3	18,5	14,7	13,4	13,7	13,9	12,1	12,6
Horn	31,4	23,2	27,1	32,4	31,3	34,1	26,5	32,8	27,8	28,6	26,1	32,5	24,7	25,8	18,9	14,8	13,3	13,4	17,7	23,2	19,4	16,2	18,0	18,5	17,3	15,2	13,6
Billw. Ausschlag	38,0	35,2	34,2	35,6	34,9	32,5	34,9	33,4	21,3	28,4	26,5	26,1	28,4	26,4	22,3	15,2	12,1	13,9	20,1	25,6	20,1	15,3	13,7	15,7	16,0	14,4	15,7
Billbrook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22,0	20,3	20,9	14,6	8,5	12,6	10,9	11,0	25,6	14,4	16,2	14,6	19,2	13,0	12,0
Steinw.-Waltershof, Kl. Grasbrook	17,7	23,0	20,3	17,8	18,2	16,6	16,6	19,2	21,4	17,3	9,7	18,1	9,6	17,5	8,0	8,5	3,5	7,9	11,5	13,3	27,5	29,8	15,9	15,3	16,2	14,8	10,3
Veddel	30,3	28,9	27,3	31,4	20,8	16,7	18,2	20,4	19,3	21,0	17,0	18,0	14,3	13,7	16,2	11,2	13,1	11,9	16,1	18,9	19,0	15,6	9,9	13,0	14,3	11,9	15,0
Finkenwärder	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11,5	19,4	22,3	19,9	16,4	14,5	18,1	19,7	15,4
Schiffe im Hafen	5,1	6,0	5,1	2,8	2,7	3,9	3,3	3,5	4,4	5,0	4,9	5,1	4,7	3,5	3,7	4,2	1,9	4,7	2,8	4,8	2,4	1,8	7,7	1,1	1,5	2,5	1,3
Stadt Hamburg	28,9	28,0	26,9	26,9	26,7	26,6	26,0	26,5	25,2	23,9	22,6	22,5	22,2	21,5	17,8	13,4	11,5	12,4	15,9	20,5	18,2	15,8	14,5	14,6	15,5	14,2	13,6
Geestlande	25,2	23,2	22,2	21,5	22,4	22,1	20,1	19,8	18,1	18,7	18,3	13,8	13,5	16,1	9,8	6,9	8,4	6,2	7,4	15,4	11,8	10,6	10,8	8,1	11,0	10,0	8,4
Marschlande	30,8	31,7	31,2	30,5	30,8	27,8	26,1	27,5	25,4	26,6	24,9	23,7	22,4	21,9	16,5	11,9	11,2	10,0	15,0	21,3	22,1	17,4	14,8	18,0	15,5	15,1	14,9
Stadt Bergedorf	34,3	33,1	31,8	31,1	31,2	30,0	29,2	28,0	24,6	24,5	24,3	21,6	22,6	20,8	17,1	13,4	11,2	10,6	13,7	19,8	17,6	16,2	14,3	14,8	14,4	12,9	12,5
Stadt Geesthacht	36,7	32,5	32,3	32,8	31,1	31,6	31,0	30,0	28,1	28,0	28,0	25,6	23,5	26,1	17,7	14,3	13,5	12,0	16,0	19,3	21,8	18,4	14,5	12,5	17,8	15,8	17,0
Übr.LandBergedorf																			20,0	26,7	24,4	22,5	17,2	21,0	21,9	20,5	19,2
Stadt Cuxhaven	28,1	28,0	26,3	26,3	26,4	28,0	29,1	25,3	24,9	22,8	22,0	21,9	19,2	18,1	25,6	24,1	20,2	23,1	22,3	25,4	24,0	19,5	19,7	17,9	19,5	16,9	17,7
Übr.LandRitzebüttel	36,4	34,1	35,7	32,2	28,8	27,9	30,8	28,0	35,1	33,7	29,0	29,1	33,2	30,7	31,0	27,4	20,7	15,3	19,3	30,4	21,8	21,9	19,5	17,9	16,7	18,9	19,7
Landgebiet	31,6	30,1	29,4	29,6	28,7	28,4	27,2	26,7	24,6	24,5	23,7	21,3	22,1	22,3	19,3	15,8	14,0	13,4	17,1	22,9	21,2	18,5	16,5	16,7	17,1	15,8	15,8
Hamburgischer Staat	29,1	28,2	27,1	27,1	26,8	26,8	26,1	26,5	25,2	24,0	22,8	22,4	22,2	21,5	17,9	13,6	11,6	12,4	16,3	20,7	18,3	16,0	14,6	14,7	15,5	14,2	13,8

Die Mißbildungen der geborenen Kinder in der Stadt Hamburg.

Jahr	Anencephalus	Acephalus	Hemicephalus	Microcephalus	Hydrocephalus	Spina bifida	Coelioschisis	Palatum fissum	Labium fissum	Atresia urethrae	Atresia recti	Atresia vaginae	Monstrositas brachii et manus	Monstrositas femoris et cruris	Pes varus et valgus	Polydactylia	Hermaphroditismus	Ascites	Hypospadia	Neoplasmata	Anauris	Defectus praeputii congenitus	Anophthalmus	Ophalocele hernia	Katzenkopf	fehlende linke Hand	fehlende rechte Hand	beide Arme und beide Oberschenkel fehlen	Ohne Angabe	Nicht unterzubringen	Summe aller Formen	Geborene überhaupt	Auf 1000 Geborene
	Formen																																
1901	6	3	5	1	12	12	—	13	19	—	1	—	10	2	15	6	3	4	1	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	126	20 695	6,09
1902	6	1	3	1	10	23	1	12	28	—	3	—	6	1	7	7	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	123	20 529	5,99
1903	2	2	—	—	10	15	—	13	12	—	2	—	4	4	4	9	3	1	1	8	1	1	1	—	—	—	—	—	5	4	102	20 121	5,07
1904	3	1	4	1	11	13	1	11	9	—	3	—	14	1	6	11	1	3	2	7	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	107	20 599	5,19
1905	2	2	4	—	9	13	3	14	27	—	2	—	8	4	7	9	1	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	116	21 097	5,50
1901—1905	19	9	16	3	52	76	5	63	95	—	11	—	42	12	39	42	9	13	6	31	2	1	3	—	—	—	—	—	15	10	574	103 041	5,57
1906	—	1	3	1	10	16	2	11	21	—	3	—	7	6	7	7	2	—	4	6	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	109	21 751	5,01
1907	8	3	—	1	12	20	2	17	19	—	3	—	9	4	6	12	—	1	—	7	1	—	2	—	—	—	—	—	4	2	133	21 985	6,05
1908	4	1	4	1	7	13	1	17	22	—	3	—	10	2	10	4	2	1	6	2	—	1	2	—	—	—	—	—	1	—	114	22 979	4,96
1909	6	2	3	—	12	26	1	9	13	—	4	—	9	2	13	3	1	2	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	113	22 373	5,05
1910	1	1	13	1	15	19	2	9	18	2	1	—	13	5	13	6	—	2	3	3	2	1	1	—	—	—	—	—	3	—	134	21 970	6,10
1906—1910	19	8	23	4	56	94	8	63	93	2	14	—	48	19	49	32	5	6	16	18	4	2	8	—	—	—	—	—	9	3	603	111 058	5,43
1911	3	1	5	—	17	17	—	11	16	1	1	—	5	7	7	5	—	1	2	6	3	—	—	—	—	—	—	—	3	3	114	21 404	5,33
1912	6	1	4	1	12	17	1	18	22	—	1	—	14	7	15	4	1	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	135	21 975	6,14
1913	8	—	3	3	26	18	—	15	17	1	1	—	6	2	18	10	3	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	136	22 665	6,00
1914	11	8	1	—	18	13	5	5	15	2	—	—	1	5	21	14	1	5	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	140	22 131	6,33
1915	8	1	1	—	10	12	—	8	13	1	1	—	5	3	12	6	—	—	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	5	3	94	16 849	5,58
1911—1915	36	11	14	4	83	77	6	57	83	5	4	—	31	24	73	39	5	7	8	18	5	—	1	—	—	—	—	—	15	13	619	105 024	5,89
1916	5	2	4	—	4	9	1	10	8	—	1	—	5	2	4	2	2	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	66	11 601	5,69
1917	4	5	1	3	7	5	—	6	8	—	1	—	10	5	3	2	3	1	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	69	9 571	7,21
1918	8	—	—	—	4	8	—	8	13	—	—	—	1	1	8	3	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	2	9	69	10 040	6,87
1919	8	3	—	—	9	8	—	4	17	—	3	—	7	—	12	8	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	4	7	94	15 674	6,00
1920	18	2	4	—	14	14	1	7	5	—	—	—	12	2	8	2	—	1	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	95	20 824	4,56
1916—1920	43	12	9	3	38	44	2	35	51	—	5	—	35	10	35	17	5	2	5	9	1	5	—	1	—	—	—	—	7	19	393	67 710	5,80
1921	13	5	1	—	8	9	1	6	10	1	—	3	10	5	10	4	1	1	2	5	2	—	1	1	—	—	—	—	3	5	107	18 863	5,67
1922	13	3	1	—	8	7	1	11	6	—	1	—	8	2	8	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	74	16 791	4,41
1923	15	7	1	—	12	17	—	10	9	1	—	—	9	4	9	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	100	15 475	6,46
1924	18	—	—	—	14	8	1	12	12	1	—	—	7	1	13	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	16	111	15 639	7,10
1925	16	—	—	—	8	15	—	8	15	—	—	—	6	—	6	1	—	—	1	3	—	—	—	—	1	2	—	2	3	9	96	16 342	5,87
1921—1925	75	15	3	—	50	56	3	47	52	3	1	3	40	12	46	14	2	1	3	10	4	—	1	1	1	2	—	2	9	32	488	83 110	5,87
1901—1925	192	55	65	14	279	347	24	265	374	10	35	3	196	77	242	144	26	29	38	86	16	8	13	2	1	2	—	2	55	77	2677	469 943	5,70
1926	10	3	4	—	13	14	2	8	7	—	1	—	—	4	12	9	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	96	15 341	6,26
1927	9	—	3	—	10	11	—	2	6	2	—	—	6	3	13	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	76	15 038	5,05

Anmerkung: Es sind *alle* Mißbildungen gezählt. Wenn *ein* Kind mit mehreren Fehlern z. B. Palatum fissum und Labium fissum geboren wurde, so sind *beide* gezählt.

G

Die Mißbildungen der geborenen Kinder im übrigen Gebiet.

Jahr	Formen: Anencephalus	Acephalus	Hemicephalus	Microcephalus	Hydrocephalus	Spina bifida	Coelioschisis	Palatum fissum	Labium fissum	Atresia urethrae	Atresia recti	Atresia vaginae	Monstrositas brachii et manus	Monstrositas femoris et cruris	Pes varus et valgus	Polydactylia	Hermaphroditismus	Ascitis	Hypospadia	Neoplasmata	Anauris	Defectus praeputii congenitus	Anophthalmus	Ophalocele hernia	Katzenkopf	fehlende linke Hand	fehlende rechte Hand	beide Arme und beide Oberschenkel fehlen	Ohne Angabe	Nicht unterzubringen	Summe aller Formen	Geborene überhaupt	auf 1000 Geborene
1901	1	—	1	—	2	2	—	1	—	—	—	—	2	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	1 993	6,52
1902	1	—	—	—	1	1	—	1	3	—	1	—	—	2	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	16	1 935	8,27
1903	1	—	—	—	2	3	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	13	1 944	6,69
1904	—	—	—	—	6	4	—	1	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	1 995	9,52
1905	2	—	—	—	3	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	10	2 018	4,96
1901—1905	5	—	1	—	14	11	—	4	9	1	1	—	4	2	2	4	1	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	71	9 885	7,18
1906	—	—	—	—	2	2	—	3	4	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	2 076	7,71
1907	1	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2 053	3,90
1908	1	—	—	—	1	1	—	1	2	—	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	2 083	4,80
1909	2	—	2	—	4	2	1	—	—	—	1	—	—	1	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	18	1 984	9,07
1910	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2 029	3,94
1906—1910	4	—	3	—	8	7	1	5	8	—	3	—	2	1	3	6	—	3	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	60	10 225	5,87
1911	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2 010	1,49
1912	—	—	—	—	3	1	—	1	2	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	1 871	6,41
1913	—	—	—	—	2	1	—	1	3	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	1 572	7,00
1914	—	1	—	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	1 607	6,85
1915	2	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1 257	6,36
1911—1915	2	1	—	—	11	4	1	2	9	—	—	—	2	—	4	5	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	8 317	5,41
1916	—	—	2	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	983	5,09
1917	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	864	8,10
1918	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	818	2,45
1919	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	8	1 105	7,24
1920	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1 499	2,00
1916—1920	1	—	2	—	2	2	—	—	5	—	—	—	2	—	5	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	25	5 269	4,75
1921	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1 417	4,23
1922	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1 286	3,11
1923	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1 166	6,00
1924	—	—	—	—	3	2	—	1	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	11	1 204	9,14
1925	—	—	—	—	3	2	—	1	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	13	1 277	10,20
1921—1925	1	1	—	—	12	6	—	3	3	—	—	—	2	2	4	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	41	6 350	6,46
1901—1925	13	2	6	—	47	30	2	14	34	1	4	—	12	5	18	17	1	7	2	15	—	—	—	—	—	—	1	—	7	4	242	40 046	6,04
1926	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1 215	4,12
1927	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 248	—

Anmerkung: Es sind *alle* Mißbildungen gezählt. Wenn *ein* Kind mit mehreren Fehlern z. B. Palatum fissum und Labium fissum geboren wurde, so sind *beide* gezählt.

Die Stellung der Kinder zur Geburt (Stadt Hamburg).

Jahr	Kopflage			Gesichtslage			Beckenlage			Querlage			Ohne Angabe			Zusammen		
	Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren	
		Anzahl	v. H		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.
1901	19 558	463	2,37	57	10	17,54	563	119	21,14	139	47	33,81	378	48	12,70	20 695	687	3,32
1902	19 445	441	2,27	65	9	13,85	571	118	20,67	141	52	36,88	307	31	10,10	20 529	651	3,17
1903	19 084	439	2,37	36	8	22,22	539	118	21,89	149	55	36,91	313	35	11,18	20 121	655	3,26
1904	19 505	506	2,59	49	9	20,41	614	127	20,68	131	47	35,88	300	27	9,00	20 599	716	3,48
1905	19 923	475	2,38	59	10	16,95	639	125	19,55	147	50	34,01	329	37	11,25	21 097	697	3,30
1901—1905	97 515	2 324	2,38	266	46	17,29	2 926	607	20,75	707	251	35,50	1627	178	10,94	103 041	3 406	3,31
1906	20 635	452	2,19	62	7	11,29	611	123	20,13	151	52	34,44	292	38	13,01	21 751	672	3,09
1907	20 864	515	2,47	72	10	13,89	644	129	20,03	127	47	37,01	278	38	13,67	21 985	739	3,36
1908	21 915	530	2,42	71	13	18,31	629	119	18,92	124	49	39,52	240	36	15,00	22 979	747	3,25
1909	21 294	501	2,35	45	14	31,11	615	142	23,09	134	62	46,27	285	22	7,72	22 373	741.	3,31
1910	20 883	470	2,25	40	4	10,00	636	145	22,80	131	47	35,88	280	42	15,00	21 970	708	3,22
1906—1910	105 591	2 468	2,34	290	48	16,55	3 135	658	21,00	667	257	39,53	1375	176	12,80	111 058	3 607	3,25
1911	20 292	508	2,50	40	6	15,00	653	136	20,83	133	53	39,85	286	39	13,64	21 404	742	3,47
1912	20 829	499	2,40	58	9	15,52	660	126	19,09	150	60	40,00	278	33	11,87	21 975	727	3,31
1913	21 494	540	2,51	62	6	9,68	719	129	17,94	156	50	32,05	234	26	11,11	22 665	751	3,31
1914	20 955	543	2,60	58	11	19,00	670	166	24,80	127	50	39,40	321	49	15,30	22 131	819	3,70
1915	15 974	389	2,44	54	7	12,96	521	125	23,99	81	26	32,10	219	24	10,96	16 849	571	3,39
1911—1915	99 544	2 479	2,49	272	39	14,34	3 223	682	21,16	647	239	36,94	1338	171	12,78	105 024	3 610	3,44
1916	10 990	259	2,36	32	6	18,75	339	92	27,14	76	23	30,26	164	19	11,59	11 601	399	3,44
1917	8 951	199	2,22	26	4	15,38	362	67	18,51	61	18	29,51	171	20	11,70	9 571	308	3,22
1918	9 451	232	2,52	37	5	15,62	329	75	29,53	65	25	62,50	158	29	22,48	10 040	366	3,65
1919	14 859	361	2,43	57	2	3,51	479	116	24,2	80	28	35,00	199	30	15,1	15 674	537	3,43
1920	19 591	453	2,31	162	27	16,67	678	137	20,2	123	43	35,00	270	59	21,9	20 824	719	3,45
1916—1920	63 842	1 504	2,36	314	44	14,01	2 187	487	22,27	405	137	33,83	962	157	16,32	67 710	2 329	3,44
1921	17 703	462	2,61	184	27	14,67	644	145	22,5	99	43	43,4	233	68	29,2	18 863	745	3,95
1922	15 671	418	2,67	193	16	8,29	577	122	21,1	97	37	38,1	253	57	22,5	16 791	650	3,87
1923	14 449	376	2,60	166	15	9,04	570	120	21,1	84	37	44,1	206	54	26,4	15 475	602	3,89
1924	14 585	346	2,37	192	21	10,94	625	122	19,5	95	29	30,5	142	35	24,7	15 639	553	3,54
1925	15 280	355	2,32	178	21	11,80	657	123	18,7	100	38	38,00	127	33	26,00	16 342	570	3,49
1921—1925	77 688	1 957	2,52	913	100	10,95	3 073	632	20,57	475	184	38,74	961	247	25,70	83 110	3 120	3,75
1901—1925	444 180	10 732	2,42	2055	277	13,48	14 544	3066	21,03	2901	1068	36,82	6263	929	14,83	469 943	16 072	3,42
1926	14 325	304	2,12	159	15	9,24	614	117	19,1	86	37	43,00	157	35	22,3	15 341	508	3,31
1927	14 078	284	2,02	176	17	9,66	577	120	20,8	111	39	35,1	96	21	21,9	15 038	481	3,20

Die Stellung der Kinder zur Geburt (übriges Gebiet).

Jahr	Kopflage			Gesichtslage			Beckenlage			Querlage			Ohne Angabe			Zusammen		
	Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren		Zahl der Kinder	Davon totgeboren	
		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.		Anzahl	v. H.
1901	1 862	41	2,20	10	3	30,00	58	10	17,24	19	7	36,84	44	1	2,27	1 993	62	3,11
1902	1 820	27	1,48	6	3	50,00	49	12	24,49	15	7	46,67	45	2	4,44	1 935	51	2,64
1903	1 847	42	2,27	5	1	20,00	40	7	17,50	11	6	54,55	41	2	4,88	1 944	58	2,98
1904	1 850	42	2,27	8	—	—	63	13	20,63	18	7	38,89	56	3	5,36	1 995	65	3,26
1905	1 889	36	1,91	8	2	25,00	48	6	12,50	20	5	25,00	53	5	9,43	2 018	54	2,68
1901—1905	9 268	188	2,03	37	9	24,3	258	48	18,6	83	32	38,6	239	13	5,44	9 885	290	2,93
1906	1 971	41	2,08	7	1	14,3	42	11	26,19	17	3	17,65	39	3	7,69	2 076	59	2,84
1907	1 932	38	1,97	4	1	25,00	61	17	27,87	22	8	36,36	34	3	8,82	2 053	67	3,26
1908	1 963	21	1,07	8	—		53	13	24,53	14	5	35,71	45	4	8,89	2 083	43	2,06
1909	1 864	38	2,04	8	1	12,5	58	13	22,41	15	6	40,00	39	1	2,56	1 984	59	2,97
1910	1 921	47	2,45	3	1	33,3	48	6	12,50	11	4	36,36	46	2	4,35	2 029	60	2,96
1906—1910	9 651	185	1,92	30	4	13,3	262	60	22,9	79	26	32,9	203	13	6,40	10 225	288	2,82
1911	1 897	41	2,16	9	3	33,3	55	8	14,55	14	4	28,57	35	2	5,71	2 010	58	2,89
1912	1 775	39	2,20	3	1	33,3	45	12	26,66	8	2	25,00	40	3	7,50	1 871	57	3,05
1913	1 500	30	2,00	3	—	—	39	4	10,26	8	1	12,5	22	4	18,18	1 572	39	2,48
1914	1 514	29	1,92	5	1	20,0	57	8	14,00	6	5	83,3	25	2	8,00	1 607	45	2,80
1915	1 201	37	3,08	3	—	—	29	5	17,24	7	2	28,57	17	2	11,76	1 257	46	3,66
1911—1915	7 887	176	2,23	23	5	21,7	225	37	16,4	43	14	32,6	139	13	9,35	8 317	245	2,95
1916	930	19	2,04	1	—	—	24	3	12,50	9	1	11,11	19	3	15,79	983	26	2,64
1917	820	9	1,10	3	1	33,3	21	9	42,86	5	—	—	15	2	13,33	864	21	2,43
1918	780	17	2,18	3	1	33,3	24	2	8,33	6	3	50,00	5	1	20,00	818	24	2,93
1919	1 051	21	2,00	2	—	—	35	7	20,00	2	—	—	15	3	20,00	1 105	31	2,81
1920	1 419	26	1,83	19	—	—	37	8	21,6	7	1	14,3	17	3	17,65	1 499	38	2,54
1916—1920	5 000	92	1,84	28	2	7,14	141	29	20,6	29	5	17,2	71	12	16,90	5 269	140	2,66
1921	1 319	25	1,90	26	5	19,2	46	12	26,1	8	2	25,00	18	2	11,11	1 417	46	3,25
1922	1 208	29	2,40	14	4	28,6	45	5	11,1	6	2	33,3	13	1	7,70	1 286	41	3,19
1923	1 106	18	1,63	20	3	15,00	24	8	33,3	4	3	75,00	12	0	—	1 166	32	2,74
1924	1 138	15	1,32	21	1	4,8	35	3	8,6	6	1	16,7	4	2	50,00	1 204	22	1,83
1925	1 207	30	2,49	18	—	—	37	5	13,5	12	4	33,3	3	—	—	1 277	39	3,05
1921—1925	5 978	117	1,96	99	13	13,1	187	33	17,6	36	12	33,3	50	5	10,00	6 350	180	2,83
1901—1925	37 784	758	2,01	217	33	15,2	1073	207	19,3	270	89	33,00	702	56	7,98	40 046	1143	2,85
1926	1 137	25	2,20	13	—	—	41	8	19,5	9	1	11,1	6	3	50,00	1 206	37	3,07
1927	1 163	17	1,46	22	1	4,55	43	6	14,00	12	4	33,3	8	—	—	1 248	28	2,24

Übersicht einiger Geburtsverhältnisse.

Jahr	Auf 1000 geborene Mädchen wurden geboren Knaben	Von 1000 Geborenen waren totgeboren	Von 1000 Knaben waren totgeboren	Von 1000 Mädchen waren totgeboren	Auf 100 eheliche Geburten kamen uneheliche	Von 1000 ehelich Geborenen waren totgeboren	Von 1000 unehelich Geborenen waren totgeboren	Unter 100 Geburten waren uneheliche	Auf 1000 geborene Mädchen wurden geboren Knaben	Von 1000 Geborenen waren totgeboren	Von 1000 Knaben waren totgeboren	Von 1000 Mädchen waren totgeboren	Auf 100 eheliche Geburten kamen uneheliche	Von 1000 ehelich Geborenen waren totgeboren	Von 1000 unehelich Geborenen waren totgeboren	Unter 100 Geburten waren uneheliche
	Stadt								Übriges Gebiet							
1901	1062	33,2	35,3	31,0	14,3	30,4	53,1	12,5	929	31,1	31,2	31,0	7,2	31,2	30,3	6,8
1902	1059	31,7	35,3	27,9	14,3	29,6	46,2	12,5	1016	26,4	27,7	25,0	8,4	25,2	40,5	7,7
1903	1054	32,6	36,1	28,8	14,9	29,1	55,9	13,0	1250	29,8	32,4	26,6	7,7	27,2	64,3	7,2
1904	1053	34,8	35,6	33,9	15,3	31,1	58,7	13,2	1089	32,6	31,7	33,5	9,0	26,8	97,6	8,2
1905	1062	33,0	35,9	30,0	16,1	29,2	56,8	13,9	1055	26,8	20,3	33,6	7,8	23,5	69,0	7,2
1901—1905 .	1058	33,1	35,6	30,3	15,0	29,9	54,2	13,0	1062	29,3	28,7	30,0	8,0	26,8	61,7	7,4
1906	1033	30,9	34,6	27,1	15,5	28,2	48,2	13,4	1074	28,4	33,5	23,0	10,6	26,1	50,0	9,6
1907	1063	33,6	34,1	33,1	15,0	30,3	55,0	13,0	1097	32,6	32,6	32,7	10,3	27,4	83,3	9,3
1908	1075	32,5	35,5	29,3	16,6	29,2	52,4	14,2	1016	20,6	24,8	16,5	8,2	18,2	50,0	7,6
1909	1051	33,1	37,0	29,1	16,9	30,3	50,0	14,4	1065	29,7	38,1	20,8	9,5	27,6	52,6	8,7
1910	1088	32,2	35,6	28,5	17,1	29,0	51,0	14,6	1081	29,6	36,1	22,6	9,4	28,5	40,7	8,6
1906—1910 .	1062	32,5	35,4	29,4	16,2	29,4	51,4	14,0	1066	28,2	33,0	25,1	9,6	26,6	55,9	8,7
1911	1061	34,7	40,6	28,4	16,5	31,1	56,4	14,2	1014	28,9	35,6	22,0	8,5	25,9	63,3	7,8
1912	1074	33,1	35,9	30,0	16,7	30,1	51,2	14,3	984	30,5	35,6	25,5	8,2	27,2	70,9	7,6
1913	1076	33,1	35,5	30,6	17,7	28,5	59,0	15,1	1077	24,8	29,4	19,8	8,4	22,7	49,6	7,7
1914	1064	37,0	39,2	34,7	17,7	33,0	58,2	15,0	991	28,0	32,5	23,5	8,2	26,9	41,3	7,6
1915	1038	33,9	34,7	33,0	17,6	31,0	50,5	15,0	986	36,6	36,9	36,3	8,8	38,0	20,0	8,1
1911—1915 .	1064	34,4	37,3	31,3	17,2	30,8	55,4	14,7	1010	29,5	34,0	24,9	8,4	27,6	51,5	7,7
1916	1092	34,4	37,7	30,8	17,0	30,9	55,2	14,5	1123	26,4	30,8	21,6	8,2	23,2	64,9	7,6
1917	1071	32,2	35,2	29,0	15,1	29,3	51,0	13,1	1087	24,3	28,9	19,3	8,3	22,5	46,2	7,6
1918	1108	36,5	37,5	35,3	15,9	32,4	61,9	13,7	1055	29,3	30,9	27,6	7,6	26,3	69,0	6,8
1919	1074	34,3	32,4	36,3	12,9	29,5	70,7	11,4	932	28,1	30,0	26,2	6,7	27,0	43,5	6,2
1920	1065	34,5	35,4	33,6	13,7	29,8	68,8	12,1	993	25,4	25,4	25,3	6,4	24,2	44,0	6,0
1916—1920	1079	34,4	35,4	33,3	14,6	30,2	62,9	12,8	1027	26,6	28,8	24,2	7,2	24,7	52,8	6,7
1921	1072	39,5	41,0	37,9	14,3	33,4	82,0	12,5	1163	32,5	42,0	21,4	6,4	30,8	59,5	6,0
1922	1042	38,7	40,7	36,6	15,0	32,1	82,8	13,0	1074	31,9	37,5	24,2	9,9	26,3	112,7	9,0
1923	1105	38,9	37,8	40,1	13,4	32,9	83,9	11,8	1046	27,4	28,5	26,3	5,9	26,4	45,5	5,6
1924	1058	35,4	37,4	33,2	12,6	30,6	73,5	11,2	1090	18,3	20,7	15,6	4,9	15,7	74,1	4,7
1025	1071	34,9	37,7	31,8	14,1	30,6	65,2	12,4	1021	30,5	32,6	28,5	7,1	27,7	69,8	6,7
1921—1925	1069	37,5	39,0	36,0	13,9	32,0	77,7	12,2	1080	28,3	32,8	23,3	6,9	25,6	72,0	6,4
1901—1925 .	1065	34,2	36,5	31,8	15,5	30,4	58,8	13,4	1050	28,5	31,5	25,9	8,2	26,4	57,9	7,6
1926	1058	33,1	35,6	30,4	15,1	28,4	64,5	13,2	1056	30,5	30,4	30,5	6,4	28,0	68,5	6,1
1927	1076	32,0	34,5	29,3	14,9	28,4	55,5	13,0	1066	22,4	18,6	26,5	8,3	22,5	21,7	7,6

L

Sterbefälle.

Die Gesamtsterblichkeit.

Jahr	Einwohnerzahl			Zahl der Gestorbenen (nur Zivilpersonen), ohne Totgeborene											
	Stadt Hamburg	Landgebiet	Staat	Stadt Hamburg				Landgebiet				Staat			
				männlich	weiblich	zusamm.	auf 1000 Einwohn.	männlich	weiblich	zusamm.	auf 1000 Einwohn.	männlich	weiblich	zusamm.	auf 1000 Einwohn.
1901	716 878	63 044	779 922	6 539	5 754	12 293	17,1	535	493	1 028	16,3	7 074	6 247	13 321	17,1
1902	732 785	64 328	797 113	6 465	5 553	12 018	16,4	495	402	897	13,9	6 960	5 955	12 915	16,2
1903	747 004	66 118	813 122	6 761	5 705	12 466	16,7	611	434	1 045	15,8	7 372	6 139	13 511	16,6
1904	765 849	67 495	833 344	6 360	5 710	12 070	15,8	534	407	941	13,9	6 894	6 117	13 011	15,6
1905	791 462	70 416	861 878	6 633	5 866	12 499	15,8	546	526	1 072	15,2	7 179	6 392	13 571	15,7
1901—1905	3 753 978	331 401	4 085 379	32 758	28 588	61 346	16,34	2 721	2 262	4 983	15,03	35 479	30 850	66 329	16,23
1906	816 792	73 159	889 951	6 759	5 725	12 484	15,3	552	465	1 017	13,9	7 311	6 190	13 501	15,2
1907	844 579	75 535	920 114	6 693	5 793	12 486	14,8	555	455	1 010	13,4	7 248	6 248	13 496	14,7
1908	866 325	78 049	944 374	7 159	6 064	13 223	15,3	563	468	1 031	13,2	7 722	6 532	14 254	15,1
1909	887 750	80 515	968 265	6 963	5 985	12 948	14,6	549	474	1 023	12,7	7 512	6 459	13 971	14,4
1910	917 750	82 650	1 000 400	6 945	6 077	13 022	14,2	550	424	974	11,8	7 495	6 501	13 996	14,0
1906—1910	4 333 196	389 908	4 723 104	34 519	29 644	64 163	14,80	2 769	2 286	5 055	13,00	37 288	31 930	69 218	14,66
1911	945 063	84 941	1 030 004	7 440	6 532	13 972	14,8	580	488	1 068	12,6	8 020	7 020	15 040	14,6
1912	975 562	87 639	1 063 201	7 132	6 118	13 250	13,6	543	478	1 021	11,7	7 675	6 596	14 271	13,4
1913	1 022 905	71 019	1 093 924	7 019	6 005	13 024	12,7	410	378	788	11,1	7 429	6 383	13 812	12,6
1914	1 030 983	72 169	1 103 152	7 199	6 295	13 494	13,1	425	354	779	10,8	7 624	6 649	14 273	12,9
1915	946 235	64 991	1 011 226	6 631	6 290	12 921	13,7	392	391	783	12,0	7 023	6 681	13 704	13,6
1911—1915	4 920 748	380 759	5 301 507	35 421	31 240	66 661	13,55	2 350	2 089	4 439	11,70	37 771	33 329	71 100	13,40
1916	863 414	62 239	925 653	6 083	6 257	12 340	14,3	354	337	691	11,1	6 437	6 594	13 031	14,1
1917	834 934	61 496	896 430	7 691	7 169	14 860	17,8	515	386	901	14,7	8 206	7 555	15 761	17,6
1918	811 908	60 946	872 854	7 321	8 461	15 782	19,4	498	486	984	16,1	7 819	8 947	16 766	19,2
1919	985 784	64 596	1 050 380	6 569	7 371	13 940	14,1	347	409	756	11,7	6 916	7 780	14 696	14,0
1920	1 025 502	65 572	1 091 074	6 790	7 196	13 986	13,6	353	342	695	10,6	7 143	7 538	14 681	13,5
1916—1920	4 521 542	314 849	4 836 391	34 454	36 454	70 908	15,70	2 067	1 960	4 027	12,80	36 521	38 414	74 935	15,50
1921	1 038 547	66 993	1 105 540	6 236	6 280	12 516	12,1	345	321	666	9,9	6 581	6 601	13 182	11,9
1922	1 060 909	69 429	1 130 338	7 066	6 956	14 022	13,2	423	399	822	11,8	7 489	7 355	14 844	13,1
1923	1 071 113	70 817	1 141 930	6 723	6 640	13 363	12,5	407	359	766	10,8	7 130	6 999	14 129	12,4
1924	1 073 883	72 307	1 146 190	6 274	6 180	12 454	11,6	372	324	696	9,6	6 646	6 504	13 150	11,5
1925	1 054 021	74 767	1 128 788	6 299	5 987	12 286	11,4	375	336	711	9,7	6 674	6 323	12 997	11,3
1921—1925	5 298 473	354 313	5 652 786	32 598	32 043	64 641	12,20	1 922	1 739	3 661	10,30	34 520	33 782	68 302	12,10
1901—1925	22 827 937	1 771 230	24 599 167	169 750	157 969	327 719	14,36	11 829	10 336	22 165	12,50	181 580	168 304	349 884	14,22
1926	1 082 242	77 019	1 159 261	6 167	5 953	12 120	11,20	391	353	744	9,70	6 558	6 306	12 864	11,10
1927	1 105 112	79 160	1 184 272	6 554	6 471	13 025	11,80	400	308	708	8,94	6 954	6 779	13 733	11,60

Die Gestorbenen (ohne Totgeborene) in den einzelnen Stadt- und Gebietsteilen. (Grundzahlen).

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Altstadt Nord	701	769	692	671	677	602	523	468	414	400	358	367	285	222	182	154	146	180	163	146	141	156	167	143	122	156	153
Altstadt Süd	190	177	188	145	152	125	135	148	135	120	114	138	120	104	106	106	108	105	129	104	102	106	121	101	102	116	115
Neustadt Nord	845	875	902	816	791	803	697	687	696	683	672	591	579	569	499	481	540	483	511	501	493	515	479	469	452	411	452
Neustadt Süd	826	844	802	673	679	642	565	583	523	478	516	443	436	435	390	384	449	445	422	415	365	446	400	391	364	365	414
St. Georg Nord	613	651	656	629	585	597	501	510	568	509	555	557	471	468	467	458	556	567	539	542	442	533	541	520	457	480	492
St. Georg Süd	865	886	887	849	847	867	840	914	836	840	880	811	721	825	691	621	677	816	706	799	668	720	686	623	588	615	688
St. Pauli Nord	644	616	569	526	585	542	544	592	526	509	531	534	502	439	432	448	428	490	437	482	419	486	425	418	388	370	448
St. Pauli Süd	596	571	633	521	528	541	537	512	494	493	505	494	492	416	416	372	417	477	411	457	428	496	423	385	389	404	426
Eimsbüttel	987	910	1023	980	1060	1102	1118	1353	1339	1333	1561	1351	1316	1335	1281	1252	1397	1605	1471	1379	1238	1283	1219	1161	1211	1168	1208
Rotherbaum	313	331	300	297	309	309	312	315	306	313	321	319	297	307	309	298	349	365	400	363	344	367	326	330	338	300	347
Harvestehude	145	172	174	171	192	161	204	211	213	211	217	211	216	222	236	225	221	282	290	286	280	320	266	299	260	252	308
Eppendorf	569	542	634	609	715	712	829	875	865	941	987	1015	997	1037	891	856	1070	1201	1046	997	862	967	948	781	799	816	925
Geestvororte: Groß-Borstel usw.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	292	332	362	453	888	748	436	289	247	272	306	215	207	236	293
Winterhude	234	222	286	283	289	266	332	365	356	404	453	431	408	459	429	407	466	562	509	487	413	459	435	415	409	399	464
Barmbeck	1206	1110	1289	1289	1413	1467	1454	1605	1589	1553	1858	1729	1768	1982	2050	1989	2775	2528	2045	2043	1933	2159	2208	2082	1994	1941	2022
Uhlenhorst	689	562	591	597	588	559	532	614	581	598	679	570	577	569	527	490	512	660	610	718	493	604	622	487	417	445	451
Hohenfelde	330	355	307	342	333	355	386	346	343	360	333	330	319	341	364	348	384	444	419	424	376	418	397	384	339	339	369
Eilbeck	506	460	470	507	551	530	593	595	555	628	621	677	606	610	631	592	779	793	705	709	621	737	651	632	573	596	642
Borgfelde	356	314	337	342	356	385	396	472	433	416	405	358	374	382	411	363	448	479	424	400	346	431	422	371	400	345	386
Hamm	297	296	277	300	325	333	378	421	452	518	533	568	593	646	649	597	693	748	709	764	667	684	633	623	632	586	692
Horn	88	71	101	97	92	73	97	103	92	104	100	104	105	112	106	114	136	133	99	111	108	130	110	97	95	107	103
Billwärder Ausschlag	661	578	604	667	640	656	632	660	712	638	777	637	608	754	624	517	553	677	629	658	548	608	536	521	541	506	502
Billbrook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	12	12	8	9	13	4	12	10	9	7	10	15	14	18
Steinwärder, Waltershof, Kl. Grasbrook	19	23	29	15	22	23	25	15	23	23	23	17	32	26	27	18	17	21	10	21	29	34	31	29	29	38	45
Veddel	76	73	62	76	69	68	69	81	70	68	61	62	64	52	43	46	67	64	65	60	71	65	68	38	69	68	51
Finkenwärder	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	29	45	38	50	35	47	38	35
Schiffe im Hafen	92	116	106	102	114	141	148	120	116	126	115	147	120	96	54	38	38	39	30	50	70	42	26	31	23	24	48
Ortsfremde	445	494	547	566	590	625	639	658	711	756	797	789	714	742	732	705	737	857	697	740	757	937	860	863	1026	985	928
Stadt Hamburg	12293	12018	12466	12070	12499	12484	12486	13223	12948	13022	13972	13250	13024	13494	12921	12340	14860	15782	13940	13986	12516	14022	13363	12454	12286	12120	13025
Geestlande	211	174	246	209	226	241	231	249	247	209	255	262	45	41	48	45	95	105	57	48	55	85	80	68	79	77	54
Marschlande	213	190	200	185	193	207	176	183	164	150	191	161	144	163	146	119	150	170	103	85	71	102	89	74	84	77	78
Stadt Bergedorf	162	143	137	141	143	152	150	136	129	123	138	135	127	159	163	145	189	211	180	165	161	163	156	163	139	142	149
Bergedorf Landgebiet	219	188	246	215	261	196	220	216	228	194	214	196	183	171	199	177	243	180	186	155	155	191	169	139	153	146	142
Stadt Cuxhaven	100	92	87	81	150	125	132	139	143	158	141	143	137	135	120	118	130	174	120	148	142	153	147	127	145	183	159
Land Ritzebüttel	89	69	79	76	57	46	50	43	45	58	52	40	56	37	49	33	28	61	45	40	29	55	50	45	39	39	43
Ortsfremde	34	41	50	34	42	50	51	65	67	82	77	84	96	73	58	54	66	83	65	54	53	73	75	80	72	80	83
Landgebiet	1028	897	1045	941	1072	1017	1010	1031	1023	974	1068	1021	788	779	783	691	901	984	756	695	666	822	766	696	711	744	708
Hamburgischer Staat	13321	12915	13511	13011	13571	13501	13496	14254	13971	13996	15040	14271	13812	14273	13704	13031	15761	16766	14696	14681	13182	14844	14129	13150	12997	12864	13733

N Die Gestorbenen (ohne Totgeborene) in den einzelnen Stadt- und Gebietsteilen. *Auf 1000 Einwohner kamen Gestorbene:*

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Altstadt Nord	18,97	20,83	19,12	19,24	19,93	18,57	18,69	19,63	18,58	18,87	18,02	19,72	17,81	14,89	16,25	15,70	15,74	20,64	15,05	13,06	12,57	13,90	14,65	12,26	10,60	13,34	14,00
Altstadt Süd	15,52	14,68	15,95	12,42	13,26	11,42	12,95	14,87	14,18	13,03	12,74	15,70	13,71	11,89	13,56	15,81	17,32	18,03	17,50	12,70	12,08	12,78	15,16	13,04	12,89	14,69	14,44
Neustadt Nord	17,26	17,86	18,71	17,23	16,94	17,55	15,66	15,83	16,24	16,29	16,43	14,66	14,72	14,62	14,95	16,49	19,80	18,80	16,03	14,85	14,21	14,54	13,55	13,28	12,91	11,55	12,46
Neustadt Süd	20,07	21,11	20,67	17,69	18,42	18,55	16,78	17,93	16,96	15,59	16,90	14,33	14,04	14,04	14,12	15,23	18,29	18,69	15,19	14,47	12,57	15,21	13,57	13,16	12,10	12,00	13,65
St. Georg Nord	13,93	14,72	14,90	14,40	13,55	14,04	11,70	12,06	13,44	12,03	13,11	13,12	10,99	10,88	13,12	14,58	18,15	19,08	14,54	14,15	11,38	13,51	13,83	13,23	12,14	12,67	12,17
St. Georg Süd	16,06	16,00	15,79	14,82	14,39	14,29	13,66	14,96	13,77	13,76	14,41	13,23	11,78	13,51	12,93	12,99	15,04	18,70	13,21	14,36	11,77	12,43	11,95	10,80	10,00	10,51	11,77
St. Pauli Nord	15,81	15,25	14,22	13,18	14,60	13,52	13,52	14,78	13,18	12,64	13,33	13,52	12,79	11,22	12,35	14,62	14,51	17,07	12,78	13,53	11,58	13,32	11,74	11,53	10,58	10,03	12,25
St. Pauli Süd	16,38	15,76	17,79	14,65	14,89	15,37	15,44	15,08	14,74	14,36	14,55	14,09	14,23	12,15	14,17	13,78	15,59	17,54	13,66	14,85	13,70	15,64	13,51	12,14	11,95	12,41	12,95
Eimsbüttel	14,95	13,14	14,08	12,84	13,05	12,60	11,73	13,22	12,39	11,71	13,12	10,97	10,45	10,54	10,83	11,62	13,41	15,70	12,40	11,17	9,82	10,03	9,58	9,10	9,34	8,92	9,35
Rotherbaum	10,74	11,19	10,20	10,11	10,41	10,53	10,48	10,36	9,97	10,07	10,26	10,29	9,59	9,90	11,70	12,51	15,35	16,87	14,21	12,10	11,12	11,71	10,46	10,61	10,82	9,53	11,16
Harvestehude	7,90	9,16	8,92	8,49	9,27	7,45	8,94	8,85	8,70	8,45	8,51	8,15	8,22	8,40	9,69	9,89	10,08	13,52	11,69	10,54	9,84	11,04	9,15	10,21	8,83	8,48	10,35
Eppendorf	17,63	15,39	16,51	14,26	14,99	13,61	14,67	14,32	13,16	13,28	13,18	12,97	12,20	12,51	11,34	11,76	15,13	17,54	13,07	11,97	10,12	11,17	11,01	9,02	9,30	9,40	10,48
Geestvororte: Groß-Borstel usw.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15,21	16,92	19,20	25,25	50,96	46,18	23,60	14,18	11,67	12,08	12,58	8,54	8,32	9,00	10,81
Winterhude	15,56	13,51	15,59	14,23	13,78	11,76	13,32	13,56	12,29	12,96	13,45	11,82	10,42	11,47	10,94	10,96	12,64	15,70	12,15	11,07	9,11	9,90	9,38	8,91	8,59	8,21	9,51
Barmbeck	24,54	21,49	23,28	21,50	21,89	21,09	19,74	20,44	19,05	17,34	19,01	16,07	15,13	16,55	17,33	17,77	25,27	23,35	16,19	15,56	14,31	15,54	15,34	14,14	13,24	12,43	12,61
Uhlenhorst	20,28	16,20	17,15	17,18	16,24	15,00	13,77	15,40	14,30	14,58	16,76	14,09	14,16	13,94	13,61	13,62	14,78	19,66	15,35	17,04	11,37	13,69	14,06	11,02	9,31	10,02	10,26
Hohenfelde	11,66	12,33	10,60	11,66	11,21	11,83	12,61	11,09	11,02	11,55	10,65	10,49	10,02	10,68	12,49	13,17	15,22	18,21	13,92	13,22	11,36	12,40	11,68	11,19	10,00	9,88	10,75
Eilbeck	16,02	13,95	13,32	13,56	13,74	12,58	13,28	12,45	11,00	11,80	11,15	11,75	10,29	10,30	11,28	11,77	16,05	16,74	12,66	12,15	10,40	12,14	10,72	10,44	9,40	9,79	10,77
Borgfelde	15,51	13,65	14,35	14,28	14,01	13,90	13,04	14,82	13,11	12,26	11,92	10,56	11,03	11,27	12,91	12,73	16,25	17,94	13,49	12,17	10,30	12,62	12,45	10,96	11,78	9,97	11,20
Hamm	14,90	14,38	12,78	12,97	12,87	12,10	12,30	12,33	12,03	12,28	11,08	10,36	9,63	10,12	10,52	10,44	12,49	13,76	10,90	11,18	9,52	9,58	8,83	8,68	8,58	7,75	8,91
Horn	18,04	13,83	18,73	16,89	15,23	11,63	14,86	15,02	13,03	13,83	12,79	12,74	12,35	13,03	12,94	15,10	18,61	18,16	11,93	12,88	12,24	14,44	12,22	10,67	10,26	11,44	10,94
Billwärder Ausschlag	17,95	15,24	15,73	16,96	15,96	15,64	14,25	14,64	15,77	13,84	16,29	12,70	11,54	14,10	12,69	11,56	12,92	16,27	13,08	13,17	10,74	11,71	10,35	10,10	10,23	9,48	9,54
Billbrook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,79	10,14	11,40	7,81	9,61	14,86	4,35	13,16	10,68	9,24	7,11	9,71	13,75	13,05	16,59
Steinwärder, Waltershof, Kl. Grasbrook	11,39	14,31	17,70	8,90	12,53	13,20	14,86	8,98	13,70	11,68	12,39	9,63	16,23	13,37	15,52	10,19	8,50	10,32	3,72	6,83	8,50	8,51	7,48	6,80	6,82	8,98	10,79
Veddel	15,27	13,87	11,67	13,55	10,56	13,04	16,30	9,55	13,81	10,47	9,42	12,95	8,10	6,32	8,41	9,70	15,15	14,71	11,59	11,14	12,61	10,57	10,01	6,33	12,67	12,11	7,50
Finkenwärder	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,56	7,40	10,91	8,92	11,57	7,93	10,00	8,06	7,39
Schiffe im Hafen	12,04	14,32	12,39	11,32	12,04	14,20	14,24	11,04	10,34	11,62	10,90	13,93	11,37	9,10	8,61	11,28	12,11	15,38	8,50	10,89	11,18	5,30	1,99	3,17	5,61	9,82	6,10
Stadt Hamburg	17,14	16,39	16,67	15,74	15,79	15,28	14,78	15,26	14,59	14,19	14,78	13,58	12,73	13,09	13,66	14,29	17,80	19,44	14,14	13,83	12,05	13,22	12,48	11,60	11,39	11,09	11,80
Geestlande	16,32	12,80	17,11	14,14	14,77	14,99	13,80	14,02	13,21	10,72	12,40	11,92	10,31	9,15	11,17	10,30	24,18	28,13	13,23	10,39	10,81	15,08	13,26	10,32	11,34	9,62	6,21
Marschlande	14,37	12,76	13,27	12,14	12,54	13,57	11,58	11,87	10,57	9,77	12,58	10,62	10,61	12,02	11,17	9,60	13,20	15,36	11,55	9,41	7,77	10,96	9,50	7,72	8,42	7,39	7,37
Stadt Bergedorf	15,79	13,66	12,57	12,39	11,86	11,98	11,33	9,87	9,15	8,41	9,06	8,57	7,78	9,63	10,32	9,51	12,22	13,51	10,84	9,95	9,51	9,23	8,67	9,03	7,59	7,64	8,00
Bergedorf Landgebiet	16,16	13,65	17,64	15,17	17,90	13,30	14,83	14,48	15,15	12,72	13,95	12,63	11,65	10,85	12,92	11,65	16,00	11,96	—	—	—	—	—	—	—	—	8,47
Stadt Cuxhaven	10,89	9,74	8,89	8,06	13,95	10,80	10,79	10,58	10,33	10,85	9,24	8,98	7,92	7,55	9,53	10,14	10,61	14,33	7,84	9,65	8,98	9,37	8,78	7,32	8,22	9,84	8,25
Landgebiet Ritzebüttel	36,79	27,70	30,84	28,88	21,10	16,35	16,93	13,92	13,94	17,32	14,88	10,97	14,89	9,30	12,77	9,73	8,51	18,31	11,15	9,80	6,80	12,26	10,81	9,70	8,69	8,39	8,24
Landgebiet	16,27	13,87	15,68	13,79	15,14	13,90	13,43	13,20	12,72	11,79	12,56	11,60	11,10	10,79	12,05	11,10	14,65	16,15	11,68	10,66	9,94	11,84	10,82	9,63	9,69	9,71	8,94
Hamburgischer Staat	17,07	16,19	16,59	15,58	15,74	15,17	14,67	15,09	14,43	13,99	14,60	13,42	12,63	12,94	13,55	14,08	17,58	19,21	14,26	13,64	11,92	13,13	12,37	11,47	11,28	11,00	11,60

Die Säuglingssterblichkeit (ohne Totgeborene).

Jahr	Stadt Hamburg									Landgebiet									Staat	
	Gestorbene Säuglinge			Gestorbene eheliche Säuglinge			Gestorbene uneheliche Säuglinge			Gestorbene Säuglinge			Gestorbene eheliche Säuglinge			Gestorbene uneheliche Säuglinge			Gestorbene Säuglinge überhaupt	von 100 der Lebendgeborenen
	überhaupt	v. H. der Gestorbenen überhaupt	v. H. der Lebendgeborenen	überhaupt	v. H. der Gestorbenen überhaupt	v. H. der Lebendgeborenen	überhaupt	v. H. der Gestorbenen überhaupt	v. H. der Lebendgeborenen	überhaupt	v. H. der Gestorbenen überhaupt	v. H. der Lebendgeborenen	überhaupt	v. H. der Gestorbenen überhaupt	v. H. der Lebendgeborenen	überhaupt	v. H. der Gestorbenen überhaupt	v. H. der Lebendgeborenen		
1901	3977	32,4	19,88	3196	80,36	18,2	781	19,64	31,94	376	36,6	19,47	340	90,43	18,08	36	9,57	28,1	4353	19,84
1902	3023	25,2	15,21	2410	79,72	13,9	613	20,28	24,31	233	26,0	12,37	200	85,84	11,05	33	14,16	23,2	3256	14,96
1903	3459	27,7	17,77	2700	78,06	15,9	759	21,94	30,80	314	30,0	16,65	280	89,17	15,09	34	10,83	26,0	3773	17,67
1904	3321	27,5	16,70	2648	79,74	15,3	673	20,26	26,24	309	32,8	16,01	270	87,38	15,02	39	12,62	26,4	3630	16,64
1905	3542	28,2	17,36	2719	76,77	15,4	823	23,23	29,05	313	29,2	15,94	279	89,14	15,03	34	10,86	25,2	3855	17,24
1906	3509	28,1	16,65	2689	76,63	14,7	820	23,37	29,09	295	29,0	14,63	256	86,78	14,00	39	13,22	20,5	3804	16,47
1907	2950	23,6	13,88	2260	76,61	12,3	690	23,39	25,06	270	26,7	13,60	230	85,19	12,07	40	14,81	22,7	3220	13,86
1908	3458	26,2	15,55	2626	75,94	13,7	832	24,06	26,06	285	27,6	13,97	252	88,42	13,03	33	11,58	21,7	3743	15,42
1909	3067	23,7	14,18	2295	74,83	12,4	772	25,17	25,02	223	21,8	11,58	192	86,10	10,09	31	13,90	19,1	3290	13,97
1910	3176	24,4	14,94	2394	75,38	13,1	782	24,62	25,07	228	23,4	11,58	201	88,16	11,01	27	11,84	16,4	3404	14,65
1911	3265	23,4	15,80	2465	75,50	13,8	800	24,50	28,06	269	25,2	13,78	239	88,85	13,02	30	11,15	20,3	3534	15,63
1912	2755	20,8	12,97	2092	75,94	11,4	663	24,06	22,03	181	17,7	9,98	149	82,32	8,09	32	17,68	24,4	2936	12,73
1913	2489	19,1	11,36	1869	75,09	10,0	620	24,91	19,03	166	21,1	10,83	140	84,34	9,09	26	15,66	22,6	2655	11,32
1914	2685	19,9	12,60	2036	75,83	11,2	649	24,17	20,08	148	19,0	9,48	128	86,49	8,09	20	13,51	17,2	2833	12,14
1915	1808	14,0	11,11	1392	76,99	10,0	416	23,01	17,04	127	16,2	10,49	115	90,55	10,03	12	9,45	12,2	1935	9,19
1916	1297	10,5	11,58	993	76,56	10,3	304	23,44	19,01	86	12,4	8,99	78	90,70	8,08	8	9,30	10,8	1383	9,83
1917	1061	7,1	11,45	792	74,65	9,8	269	25,35	22,06	77	8,5	9,13	66	85,71	8,05	11	14,29	17,7	1138	10,15
1918	1114	7,1	11,52	848	76,12	10,1	266	23,88	20,06	82	8,3	10,33	69	84,15	9,03	13	15,85	24,1	1196	12,14
1919	1434	10,29	9,47	1080	75,31	8,02	354	24,69	21,21	86	11,38	8,01	77	89,53	7,64	9	10,47	13,64	1520	12,76
1920	2111	15,09	10,50	1559	73,85	8,78	552	26,15	23,58	131	18,85	8,97	118	90,08	8,59	13	9,92	14,94	2242	10,77
1921	1759	14,05	9,71	1331	75,67	8,34	428	24,33	19,81	98	14,71	7,15	85	86,73	6,58	13	13,27	16,46	1857	9,11
1922	1762	12,57	10,92	1310	74,35	9,27	452	25,65	22,53	110	13,38	8,83	100	90,91	8,45	10	9,09	15,87	1872	10,09
1923	1507	11,28	10,13	1112	73,79	8,42	395	26,21	23,65	93	12,14	8,20	81	87,10	7,56	12	12,90	19,05	1600	9,61
1924	1296	10,38	8,59	998	77,01	7,41	298	22,99	18,46	86	12,35	7,28	74	86,05	6,54	12	13,95	24,00	1382	8,83
1925	1301	10,59	8,37	1012	77,79	7,28	289	22,21	15,38	85	11,96	6,87	75	88,24	6,48	10	11,76	12,50	1386	8,13
1926	1133	9,35	7,62	871	76,88	6,73	262	23,12	13,88	73	9,81	6,20	64	87,67	5,77	9	12,33	13,24	1206	7,36
1927	1081	8,30	7,40	850	78,63	6,71	231	21,37	12,22	85	12,01	6,97	73	85,88	6,47	12	14,12	13,18	1166	7,34

Weitere Angaben sind aus dem Abschnitt über die „Säuglings- und Kleinkinderfürsorge" von Dr. *Meyer-Delius* ersichtlich.

P

Die im hamburgischen Staate gestorbenen Säuglinge nach Todesursachen (Verhältniszahlen) in den Jahren 1901—1927.

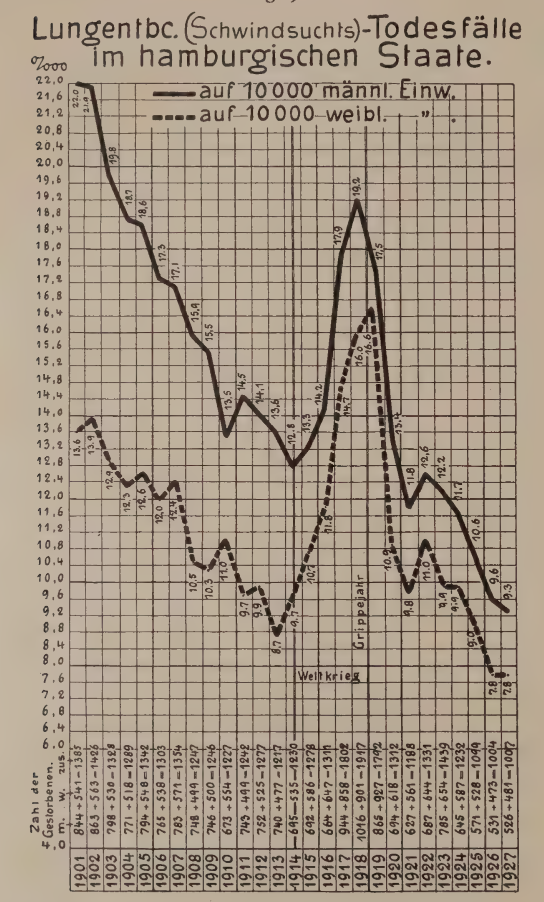
Jahr	Von 100 gestorbenen Säuglingen starben an:										Von 100 Lebendgeborenen starben als Säuglinge	Die gestorbenen Säuglinge überhaupt = 100,0 %
	Lebensschwäche	akute Infektionskrankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten des Nervensystems	Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall	Tuberkulose	Unglücksfälle, Verbrechen	andere benannte Todesursachen	Todesursachen unbekannt	zusammen		
1901	19,23	4,80	13,58	10,29	44,87	2,16	0,41	3,58	1,08	100	19,84	43,53
1902	24,39	8,30	14,84	11,92	32,95	2,46	0,62	3,02	1,40	100	14,96	32,56
1903	20,99	5,22	11,37	11,16	43,01	2,07	0,50	4,09	1,59	100	17,67	37,73
1904	21,65	5,23	13,39	9,59	41,65	1,82	0,58	4,90	1,19	100	16,64	36,30
1905	21,38	5,11	11,98	9,65	42,57	1,89	0,73	5,55	1,14	100	17,24	38,55
1906	22,03	6,13	15,27	9,25	38,28	2,13	0,63	4,81	1,47	100	16,47	38,04
1907	26,65	4,50	16,15	12,20	30,72	1,68	0,96	5,87	1,27	100	13,86	32,20
1908	24,93	6,39	14,77	10,47	35,27	1,68	0,75	5,05	0,69	100	15,42	37,43
1909	28,51	5,75	15,11	10,88	31,00	2,01	0,60	5,44	0,70	100	13,97	32,90
1910	25,85	6,14	13,19	9,58	36,58	1,67	0,65	5,49	0,85	100	14,65	34,04
1911	23,63	6,59	13,41	9,25	39,90	1,56	0,60	4,61	0,45	100	15,63	35,34
1912	30,25	7,36	14,92	11,99	26,87	1,67	0,95	5,62	0,37	100	12,73	29,36
1913	30,70	9,12	13,00	10,02	27,83	1,73	0,90	6,40	0,30	100	11,32	26,55
1914	28,17	6,95	13,91	8,93	32,72	1,56	0,81	6,64	0,31	100	12,39	28,33
1915	28,27	12,04	17,52	12,76	18,40	2,07	1,34	7,34	0,26	100	11,06	19,35
1916	29,79	12,65	16,05	12,00	18,15	2,32	0,94	7,81	0,29	100	11,37	13,83
1917	30,75	8,44	15,29	11,69	23,81	1,58	0,97	7,47	—	100	11,26	11,38
1918	33,86	10,12	19,73	9,95	16,05	1,92	0,59	7,78	—	100	11,43	11,96
1919	42,70	6,51	15,13	9,67	15,20	1,65	0,59	8,22	0,33	100	9,38	15,20
1920	36,44	7,14	19,22	9,37	16,41	1,65	0,62	8,92	0,23	100	10,40	22,42
1921	38,39	7,70	18,69	8,08	16,91	1,51	1,13	7,59	—	100	9,53	18,57
1922	35,42	7,16	23,88	8,12	13,35	2,03	0,69	9,19	0,16	100	10,77	18,72
1923	34,94	8,81	24,63	8,06	11,06	2,44	1,00	9,00	0,06	100	10,00	16,00
1924	41,32	7,38	20,62	8,47	10,35	2,02	1,16	8,39	0,29	100	8,50	13,82
1925	40,69	7,00	21,00	9,31	10,53	1,23	0,79	9,38	0,07	100	8,15	13,86
1926	45,69	4,23	22,05	7,13	8,38	1,16	1,16	10,20	—	100	7,53	12,06
1927	43,48	7,12	19,98	5,83	7,04	1,80	1,72	12,78	0,25	100	7,39	11,66

Weitere Angaben sind aus dem Abschnitt über die „Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“ von Dr. *Meyer-Delius* ersichtlich.

Nicht die Säuglingssterblichkeit wie im 19. Jahrhundert ist es gewesen, die Hamburgs allgemeine Sterblichkeit in den letzten 25 Jahren maßgeblich beeinflußte, vielmehr die Tuberkulose und der Krebs.

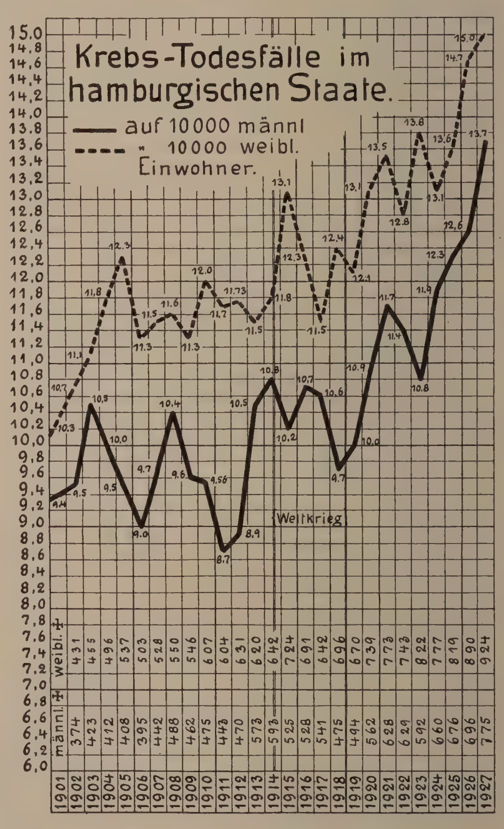
Die *Tuberkulosesterblichkeit*[1] (Fig. 5) ist fortlaufend gesunken, abgesehen von der plötzlichen und erheblichen Steigerung infolge der schweren Grippepandemie im Jahre 1918. Sie stand 1926 auf 0,87 v. T., 1927 auf 0,84 v. T. der Einwohnerschaft. Eine Verschiebung greift nur insofern Platz, als die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechtes nicht mehr so weit wie früher hinter derjenigen des männlichen zurückbleibt, sie vielmehr in einzelnen Altersklassen zeitweilig sogar übersteigt. Einen gewissen günstigen Einfluß darf man angesichts der besonders ungünstigen Zwangswohnungsverhältnisse der letzten Jahre doch zweifellos der intensiven Arbeit der Fürsorgestellen für Lungenleidende zusprechen, über die in einem besonderen Abschnitt berichtet wird.

Fig. 5.



Die *Krebssterblichkeit* dagegen steigt unaufhaltsam an (Fig. 6). Es ist bisher unmöglich gewesen, auch auf statistischem Wege nähere Aufschlüsse zu gewinnen. Seit 1927 ist deshalb hier der Versuch gemacht, durch einen etwas eingehenderen Fragebogen, den die allgemeinen staatlichen Krankenanstalten ausfüllen, wenigstens den allergrößten Teil der Fälle zu erfassen und statistisch genauer zu bearbeiten. Falls

Fig. 6.



[1] *Sieveking*, Der Stand der Tuberkulose in Hamburg Ende 1911, Zeitschrift für Tuberkulose 1912, Bd. XVIII, Heft 5, S. 460.

Sieveking, Die Tuberkulose in Hamburg, Stand der Tuberkulose in Hamburg 1912, Verhandlungen der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte, VII. Versammlung Hamburg 2.—5. Juni 1912, IV. Supplementband der Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Sieveking, Die Tuberkulose-Sterblichkeit der Hamburger Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr im Zeitraum von 1896—1915, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1917, Nr. 40.

sich dieses Verfahren bewährt, werden auch die privaten Krankenanstalten zur Teilnahme veranlaßt werden. Auffällig ist das erhebliche Übergewicht der weiblichen Todesfälle, eigenartig und unerklärlich sind die von Jahrfünft zu Jahrfünft fast regelmäßig bemerkbaren Schwankungen.

* * *

Schwerere Epidemien übertragbarer Krankheiten haben Hamburg im Laufe der letzten 25 Jahre zwar verschont, der Einschleppungsgefahr aber bleibt die Welthafenstadt naturgemäß dauernd ausgesetzt, und gespannte Aufmerksamkeit auf sie ist infolgedessen stets nötig.

Cholera wurde 1905 in drei Fällen eingeschleppt, zwei der Erkrankten starben. Cholerabazillen sind 1915 bei verschiedenen Kriegsteilnehmern, die aus dem Felde zurückkehrten, gefunden, ohne daß sich Krankheitsfälle anschlossen.

Wenige Fälle von *Aussatz* kommen alljährlich zur Anzeige, sei es von Europäern, die sich die Krankheit in Übersee geholt haben, sei es von dortigen Ausländern, die hier Heilung suchen und immer nur vorübergehend, zumeist im Isolierhaus einer einzigen Privatklinik, Aufnahme finden. Der durchschnittliche Jahresbestand beträgt sechs Kranke.

Pest ist verschiedentlich bei Schiffsratten gefunden worden und hat dann zur Anwendung der reichsgesetzlichen Maßnahmen geführt. Menschenpestfälle kamen vor: 1900, 1907 und 1915 je einer, 1912 zwei. Vier davon verliefen tödlich. Vier Fälle betrafen Angehörige von Schiffsbesatzungen aus pestverseuchten Auslandshäfen. Der Fall von 1915 war eine Laboratoriumsinfektion.

Alljährlich werden mit dem Auslands-Schiffs- und Landreiseverkehr vereinzelte Fälle von *Pocken* eingeschleppt.

Jahr	Erkrankungen	Todesfälle	Jahr	Erkrankungen	Todesfälle
1900	4	—	1914	11	—
1901	2	1	1915	2	—
1902	2	—	1916	25	6
1903	12	—	1917	202	26
1904	—	—	1918	—	—
1905	3	—	1919	1	1
1906	4	—	1920	1	—
1907	8	1	1921	—	—
1908	2	—	1922	—	—
1909	5	2	1923	2	—
1910	7	1	1924	—	—
1911	10	1	1925	—	—
1912	6	—	1926	—	—
1913	3	1	1927	1	—

Nur die Kriegsjahre 1916/17 brachten eine erhebliche Zahl von durch Einschleppung angesteckten Fällen, die weit überwiegend die Altersgruppen zwischen dem 41. und 70. Lebensjahr, die seit ihrer Jugend nicht wieder geimpft waren, betrafen. Der Impfschutz erwies sich im übrigen als wirksam, und dank umfassender Wiederimpfungen erlosch die Seuche rasch.

Ebenfalls 1918 erkrankten 17 Personen (1 Todesfall) an *Trichinose* nach Genuß von Schinkenspeck, den zum Teil ein Soldat mitgebracht, zum Teil aber eine große industrielle Anlage verkauft hatte.

Die Ausbreitung der *Tier-Wutkrankheit* in den Jahren 1923 bis 1927 hat auch verschiedene Menschenopfer gefordert. Es starben 1925 eine, 1926 zwei Personen. Schutzimpfungen wurden in umfangreichem Maße ausgeführt.

Erkrankungen an *Körnerkrankheit* (Trachom) sind auch während und nach dem Kriege hier nicht häufiger geworden. Im Durchschnitt der letzten 18 Jahre sind alljährlich je 28 Fälle angemeldet und in Überwachung genommen worden.

Der Verlauf der *Milzbranderkrankungen*, wie sie die Fig. 7 zeigt, ist insofern bemerkenswert, als mit dem Aufhören der Einfuhr ausländischer Tierhäute auch der Milzbrand hier fast ganz aufhörte. Er hat aber leider sofort nach Wiederaufnahme des Auslandshandels wieder zugenommen und steht jetzt ungefähr wieder auf derselben Höhe wie vor dem Kriege.

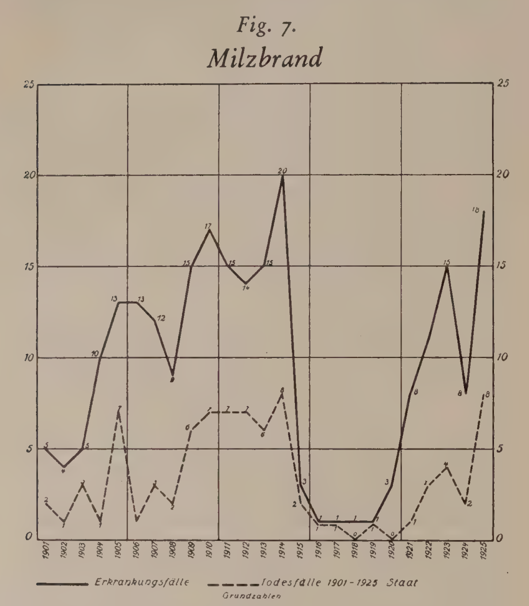
Jahr	Erkrankungen	Todesfälle	Jahr	Erkrankungen	Todesfälle
1901	5	2	1915	3	2
1902	4	1	1916	1	1
1903	5	3	1917	1	1
1904	10	1	1918	1	—
1905	13	7	1919	1	1
1906	13	1	1920	3	—
1907	12	3	1921	8	1
1908	9	2	1922	11	3
1909	15	6	1923	15	4
1910	17	7	1924	8	2
1911	15	7	1925	18	8
1912	14	7	1926	11	1
1913	15	6	1927	13	1
1914	20	8			

Auch der *Flecktyphus* ist Hamburg erst durch den Krieg bekannt geworden, hat hier aber nie Fuß fassen können und nur zu methodischer und durchgreifender Ungezieferbekämpfung, besonders bei der schulpflichtigen Jugend und ihren Familien ge-

führt. Von Oktober 1915 bis Juli 1924 war im Hafenkrankenhause eine eigene Krätzestation eingerichtet, die unter der Leitung eines ärztlichen Hilfsarbeiters und mit mehreren Schwestern im Außendienst erfolgreich gearbeitet hat, bis sie als

Fig. 7.

Milzbrand



überflüssig aufgelöst werden und das Hafenkrankenhaus im früher üblichen Rahmen den Ansprüchen genügen konnte.

Zur Meldung kamen Fleckfieberfälle 1913: 4, 1914: 2, 1915: 5, 1916: 3 (2 Todesfälle), 1917: 1, 1918: 6, 1919: 53 (8 Todesfälle), alle von Rußland kommend oder doch (wie zwei Krankenschwestern durch Gepäck) daher angesteckt, 1920: 2, 1921: 3 (2 Todesfälle), 1922: 1, 1923: 5 (1 Todesfall), 1927: 1.

Auch die *Ruhr* hat erst in der Kriegszeit wieder stärker sich bemerkbar gemacht. Schon 1912 konnten in der Irrenanstalt Langenhorn 18 sichere Fälle unter zahlreichen an Durchfall Erkrankten festgestellt werden. 1913 und 1914 wurden dort ohne verdächtige Krankheitserscheinungen neun und ein Bazillenträger ermittelt. Im Frühling 1914 ereigneten sich im Eppendorfer Krankenhaus und in der dortigen Entbindungsanstalt unter Pflegepersonal und Kranken zahlreiche leicht und rasch verlaufende Darmerkrankungen. Bei 117 derselben ergab sich nur eine für Ruhr positive Serumreaktion. 1916 wurden 51 Fälle gemeldet (19 im Waisenhaus, 9 im Allgemeinen Krankenhaus Barmbeck).

1917: 158 Erkrankungen (21 Heeresangehörige) . . . . 34 Todesfälle
1918: 131 Erkrankungen (50 Heeresangehörige) . . . . 20 „
1919: 305 Erkrankungen (Waisenhausepidemie von 172 Fällen, wahrscheinlich durch Milch übertragen, mit 5 Todesfällen) . . . . 39 „
1920: 139 Erkrankungen . . . . 24 „
1921: 96 „ . . . . 7 „
1922: 50 „ . . . . 10 „
1923: 80 „ . . . . 3 „
1924: 180 „ . . . . 7 „
1925: 196 „ . . . . 24 „
1926: 137 „ . . . . 8 „
1927: 128 „ . . . . 6 „

Im Frühling 1927 traten in einem engumschriebenen Stadtteil einige zwanzig Ruhrfälle gehäuft auf. Es gelang nicht, die Ursache festzustellen, weder persönliche Berührung noch gemeinsame Nahrungsmittel konnten dafür in Frage kommen. Auf dem Landgebiet kamen immer nur ganz vereinzelte, verstreute Fälle vor. Die Verteilung unter den Geschlechtern ergab ein, wenn auch nicht bedeutendes, Überwiegen der Männer.

* * *

Der *Abdominaltyphus* hat seine Schrecken für Hamburg verloren, seitdem der Stadt sicher filtriertes Wasser zur Verfügung steht. In einer Millionenstadt mit ihrem wechselreichen Verkehr jedem einzelnen Fall nachzugehen, wie es hier regelmäßig geschieht, scheint fast verlorene Liebesmühe. Um so größer ist dann die Genugtuung, wenn sich einmal Zusammenhänge finden und die Quellen der Infektion verstopfen lassen. Mehrfach ist es in verschiedenen Stadtteilen zu Gruppenerkrankungen gekommen, die sich auf krankheitskeimverdächtige Milch haben zurückführen lassen, so 1903: 116 Fälle in Bergedorf, 1911: 17 Fälle und 1913: 57 Fälle im östlichen Stadtgebiet, im Juli 1920: 88 Fälle in Eppendorf, im Herbst 1922: 15 Fälle in der Neustadt. 1925 ging von einer Bazillenträgerin, die als Köchin der Kantine eines großen kaufmännischen Geschäftes vorstand, eine Gruppenerkrankung von 13 Fällen mit 2 Todesfällen aus. Auch Cuxhaven hatte 1910 und 1917 besonders schwer unter Typhus, der aller Wahrscheinlichkeit nach durch Milchgenuß verbreitet wurde, zu leiden.

Vor allem aber ist, wie aus der nebenstehenden Tabelle und Abb. 8 ersichtlich, die Einschleppung von außen mit dem Schiffs-, Ferien- und Reiseverkehr bedeutungsvoll. Im Herbst 1925 brachte ein einziger Überseedampfer 53 Fälle, davon verliefen

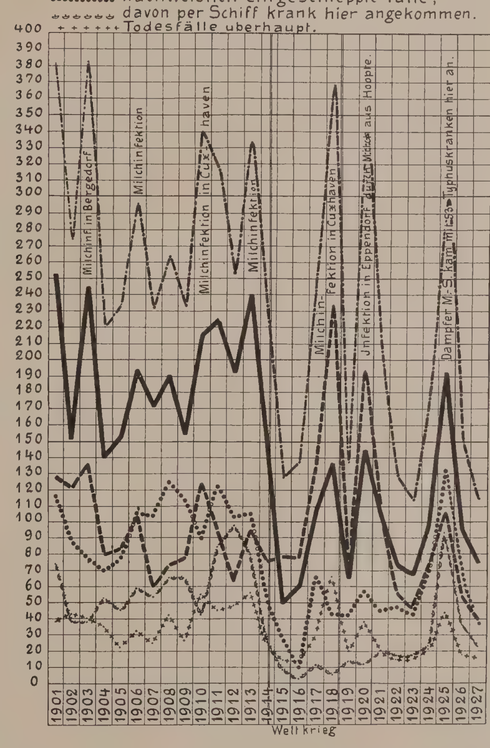
Typhus Abdominalis

Erkrankungen und Todesfälle im hamburgischen Staate 1901—1927.

Jahr	Erkrankungsfälle			Ansteckung auswärts	Davon zu Schiff krank hier zugereist	Sterbefälle	Bemerkungen
	männlich	weiblich	zusammen				
1901 ..	252	129	381	118	74	38	
1902 ..	152	121	273	89	39	42	
1903 ..	245	137	382	79	39	40	Milch-Bergedorf 116 Fälle
1904 ..	140	80	220	70	52	35	
1905 ..	152	82	234	78	45	22	
1901/05	941	549	1490	434	249	177	
1906 ..	193	104	297	105	59	33	Milchinfektion
1907 ..	171	60	231	104	53	25	
1908 ..	190	73	263	124	66	41	
1909 ..	154	78	232	112	64	27	
1910 ..	216	124	340	90	42	56	Milch-Cuxhaven
1906/10	924	439	1363	535	284	182	
1911 ..	224	93	317	122	84	45	Milchinfektion
1912 ..	191	62	253	103	99	47	
1913 ..	240	94	334	105	80	57	Milchinfektion
1914 ..	147	76	223	50	27	26	
1915 ..	50	79	129	28	9	14	
1911/15	852	404	1256	408	299	189	
1916 ..	60	78	138	10	2	13	
1917 ..	108	134	242	68	11	30	Milch-Cuxhaven
1918 ..	137	232	369	43	6	67	Milchinfektion
1919 ..	65	72	137	42	13	20	
1920 ..	146	193	339	59	11	39	Milch-Eppendorf (Hoopte)
1916/20	516	709	1225	222	43	169	
1921 ..	104	101	205	45	20	20	
1922 ..	72	57	129	47	17	16	Milchinfektion
1923 ..	68	46	114	43	17	15	
1924 ..	99	77	176	73	23	21	
1925 ..	192	107	299	131	93	44	Dampfer M.-S. 53 Fälle
1921/25	535	388	923	339	170	116	
1901/25	3768	2489	6257	1938	1045	833	
1926 ..	96	54	150	58	36	18	
1927 ..	74	40	114	38	22	16	

fünf tödlich. Autochthonen Abdominaltyphus hat Hamburg nicht mehr. Stets waren die Erkrankungen in den Monaten August, September, Oktober am häufigsten und die Altersklasse von 15 bis 30 Jahren am stärksten befallen. Das auffallende Zurückbleiben der männlichen Sterblichkeitskurve hinter der weiblichen im letzten Jahrzehnt ist zweifellos eine Folge der ausgiebigen Schutzimpfungen der Kriegsteilnehmer. Es stehen zur Zeit nur 8 Bazillenträger in Überwachung, meist nach hier bestandenem oder durch sie veranlaßtem Abdominaltyphus, seltener nach Meldung von auswärts. Aus der großstädtischen Bevölkerung methodisch Bazillenträger herauszusuchen, wäre natürlich ein hoffnungsloses Beginnen.

Fig. 8.



*Paratyphus*gruppenerkrankungen nach dem Genuß von Fleisch notgeschlachteter Tiere sind nur selten vorgekommen und haben stets rasch zur Abstellung von dafür verantwortlich zu machenden Mißständen geführt.

Der Verlauf der *epidemischen Genickstarre* stellte sich wie folgt:

Jahr	Erkrankungen	Todesfälle	Jahr	Erkrankungen	Todesfälle
1901	8	8	1915	27	17
1902	5	3	1916	18	13
1903	13	8	1917	12	7
1904	9	6	1918	14	8
1905	10	9	1919	22	8
1906	8	3	1920	14	11
1907	92	68	1921	23	9
1908	25	16	1922	75	56
1909	12	7	1923	62	44
1910	9	4	1924	34	20
1911	6	5	1925	18	12
1912	17	7	1926	15	7
1913	13	8	1927	18	8
1914	12	3			

Die örtliche und zeitliche Verteilung war ziemlich gleichmäßig über das ganze Stadtgebiet ausgebreitet. Die Beteiligung der Altersklassen zeigt die folgende Zahlenreihe:

Alter	Erkrankungen	Todesfälle	Alter	Erkrankungen	Todesfälle
0— 1 Jahr	106	91	20—25 Jahre	50	25
1— 5 Jahre	139	82	25—30 „	22	12
5—10 „	66	39	30—35 „	27	16
10—15 „	53	36	35—44 „	21	15
15—20 „	75	35	über 45 „	32	24

Von den insgesamt 591 Erkrankten waren 358 männlichen, 233 weiblichen Geschlechts, von den 375 Verstorbenen entsprechend 228 und 147. Die verhältnismäßige Sterblichkeit beider Geschlechter war die gleiche (männlich 63,6 v. H., weiblich 63,0 v. H.).

An *akuter spinaler Kinderlähmung* kamen zur Anzeige:

Jahr	Erkrankungen	Todesfälle	Jahr	Erkrankungen	Todesfälle
1909	2	—	1919	1	1
1910	4	—	1920	1	—
1911	16	2	1921	23	1
1912	13	3	1922	6	—
1913	19	3	1923	28	1
1914	14	3	1924	9	3
1915	4	—	1925	10	4
1916	1	—	1926	54	8
1917	2	—	1927	25	7
1918	10	1			

Von den insgesamt 242 Erkrankten waren 129 männlichen und 113 weiblichen Geschlechts, von den 37 Verstorbenen (15,3 v. H.) entsprechend 17 und 20. Die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts überstieg danach mit 17,7 v. H. diejenige des männlichen mit 13,1 v. H. Zusammenhänge oder gemeinsame ursächliche Momente haben sich bei den örtlich und zeitlich ganz verstreut auftretenden Fällen nicht feststellen lassen. Es hatte wohl den Anschein, als ob die westlich gelegenen, dicht besiedelten Stadtteile alljährlich die ersten Fälle aufwiesen, auch mehr an ihrer Peripherie als nach der Stadtmitte hin, aber die auffälligen Steigerungen einzelner Monate (September, Oktober 1913, August, Oktober 1923 und 1926, September, November 1927) ließen sich nicht erklären. Auf die Altersklassen verteilt, ergab sich folgendes:

Alter	Erkrankungen	Todesfälle	Alter	Erkrankungen	Todesfälle
0—1 Jahr	13	—	5—10 Jahre	34	5
1—2 Jahre	52	2	10—15 „	30	9
2—3 „	27	3	15—20 „	29	10
3—4 „	27	5	über 20 „	8	2
4—5 „	22	1			

Zeitlich verteilten sich die Fälle wie folgt:

Monat	Erkrankungen	Todesfälle	Monat	Erkrankungen	Todesfälle
Januar	4	1	Juli	19	3
Februar ...	—	—	August ...	49	6
März	3	2	September .	61	10
April	2	1	Oktober ..	36	1
Mai	3	1	November.	22	6
Juni	5	—	Dezember .	9	5

Ein Zusammenhang mit der Schutzpockenimpfung, auf die stets geachtet ist, war 1923 und 1926 in je einem Falle zweifelhaft, 1927 in zwei sehr leicht verlaufenen Fällen anzunehmen.

Über den Verlauf von *Diphtherie, Scharlach, Masern und Keuchhusten* in den letzten Jahrzehnten ist nicht viel Besonderes zu sagen. Wir befinden uns, wie aus Figur 9 ersichtlich ist, bei den beiden erstgenannten Krankheiten in einem Wellental, sowohl was die Zahl, als was die Schwere der Fälle betrifft. Letzteres ist durch die Übereinstimmung der Kurven, welche gemeldete Erkrankungsfälle einerseits und Todesfälle anderseits darstellen, auch statistisch erwiesen. Die Ärzteschaft Hamburgs erfüllt offensichtlich die Meldepflicht in vorbildlicher Weise. Selbstredend ist es vereinzelt zu geringen Häufungen von

Q

Diphtherie-Erkrankungen und Todesfälle vor und nach Einführung der Serumtherapie (1895) im hamburgischen Staate.

Jahr	Vor 1895 gemeldete Erkrankungen	Vor 1895 gemeldete Todesfälle	von 100 Erkrankten starben
1872	1841	294	16,0
1873	1889	341	18,1
1874	1795	352	19,6
1875	1804	325	18,0
1872—1875	7329	1312	17,9
1876	1469	253	17,2
1877	1474	193	13,1
1878	1766	263	14,9
1879	2174	269	12,4
1880	2195	316	14,4
1876—1880	9078	1294	14,25
1881	2441	307	12,6
1882	2987	390	13,1
1883	2667	366	13,7
1884	2925	463	15,8
1885	3347	540	16,1
1881—1885	14367	2066	14,38
1886	3692	634	17,2
1887	3917	653	16,7
1888	2954	499	16,9
1889	3151	494	15,7
1890	2328	379	16,3
1886—1890	16042	2659	16,58
1891	1707	249	14,6
1892	1703	270	15,9
1893	2712	411	15,2
1894	2812	425	15,1
1891—1894	8934	1355	15,17
1872—1894	55750	8686	15,58

Vor Einführung der Serumtherapie von 1872 bis 1894 einschließlich:
55750 Kranke mit 8686 Todesfällen
also 15,58 v. H. Mortalität.

Jahr	Nach 1895 gemeldete Erkrankungen	Nach 1895 gemeldete Todesfälle	von 100 Erkrankten starben
1895	1692	146	8,6
1896	1179	99	8,4
1897	1395	116	8,3
1898	1206	107	8,9
1899	1242	113	8,3
1900	1253	119	9,3
1895—1900	7967	700	8,79
1901	1463	120	8,2
1902	2176	186	8,6
1903	2066	188	9,0
1904	1581	134	8,5
1905	1566	101	6,5
1901—1905	8852	729	8,24
1906	1547	129	8,3
1907	1546	134	8,7
1908	1452	151	10,4
1909	2961	373	12,6
1910	4651	492	10,6
1906—1910	12157	1279	10,52
1911	6182	671	10,9
1912	4718	463	9,8
1913	4796	430	9,0
1914	4444	368	8,3
1915	5734	576	10,05
1911—1915	25874	2508	9,69
1916	6112	508	8,3
1917	5188	376	7,3
1918	6529	509	7,8
1919	4023	230	5,7
1920	2377	147	6,2
1916—1920	24229	1770	7,31
1921	1839	93	5,1
1922	1170	78	6,7
1923	914	49	5,4
1924	835	36	4,3
1925	845	37	4,4
1921—1925	5603	293	5,23
1926	504	20	4,0
1927	436	22	5,0
1926—1927	940	42	4,47
1895—1927	85622	7321	8,55

Nach Einführung der Serumtherapie von 1895 bis 1927
85622 Kranke mit 7321 Todesfällen
also 8,55 v. H. Mortalität.

R

Scharlach-Erkrankungen und Todesfälle im hamburgischen Staate 1876—1927.

Jahr	Gemeldete		Von 100 Erkrankten starben	Jahr	Gemeldete		Von 100 Erkrankten starben
	Erkrankungen	Todesfälle			Erkrankungen	Todesfälle	
1876	210	14	6,67	1901	3312	214	6,46
1877	404	50	12,37	1902	3842	480	12,50
1878	596	118	19,80	1903	2964	395	13,30
1879	1837	443	24,11	1904	1500	94	6,30
1880	2400	486	20,25	1905	962	34	3,50
1876—1880	5447	1111	20,40	1901—1905	12580	1217	9,68
1881	1152	135	11,72	1906	1432	59	4,12
1882	2102	124	5,90	1907	1355	50	3,69
1883	3107	279	8,98	1908	4317	109	2,53
1884	2684	124	4,62	1909	4976	208	4,18
1885	3259	244	7,49	1910	2425	59	2,43
1881—1885	12304	906	7,37	1906—1910	14505	485	3,35
1886	3146	348	11,06	1911	2971	150	5,05
1887	1827	88	4,82	1912	2297	130	5,66
1888	1341	74	5,52	1913	3113	145	4,66
1889	1551	88	5,67	1914	2615	117	4,48
1890	2095	97	4,63	1915	2625	136	5,18
1886—1890	9960	695	6,98	1911—1915	13621	678	4,98
1891	2951	133	4,51	1916	1661	75	4,52
1892	1989	145	7,27	1917	927	32	3,45
1893	2035	136	6,68	1918	1594	68	4,27
1894	1999	122	6,10	1919	2076	48	2,31
1895	1569	114	7,27	1920	1456	40	2,75
1891—1895	10543	650	6,17	1916—1920	7714	263	3,41
1896	875	41	4,69	1921	1540	31	2,01
1897	856	23	2,80	1922	874	33	4,26
1898	983	30	3,05	1923	622	21	3,38
1899	1827	46	2,57	1924	576	2	0,35
1900	3075	95	3,19	1925	510	3	0,59
1896—1900	7616	235	3,09	1921—1925	4122	90	2,19
1876—1900	45870	3597	7,84	1926	888	8	0,90
				1927	1963	28	1,43
				1926—1927	2851	36	1,26
				1901—1927	55393	2769	5,00

Fällen gekommen, die das Eingreifen der Gesundheitsbehörde erforderten (Schließung einzelner Schulklassen, Schutzimpfungen usw.). Diese hat sich aber nicht veranlaßt gesehen, mit Impfungen nach Schick und Dick und folgenden Schutzimpfungen in weiterem Umfange vorzugehen, wie es bekanntlich in New York und andern Städten des Auslandes ausgiebig geschieht. Erst in den Jahren 1926 und 1927 zeigt der *Scharlach* wieder zahlenmäßigen Anstieg, aber bei im allgemeinen geringerer Schwere der Erkrankungen. Im Verlauf der *Masern* sind große Schwankungen zu vermerken, die vielleicht auf die infolge der Kriegszeit unregelmäßig gewordene Durchmaserung zurückgeführt werden können. Ähnlich liegt es beim *Keuchhusten.* Besondere behördliche Maßnahmen haben auch die beiden letztgenannten Krankheiten nicht erfordert. Erfreulich ist, daß durch intensive ärztliche Beaufsichtigung der Krippen, Kindergärten und Kleinkinder-Erholungsstätten seitens des Ausschusses für Säuglings- und Kleinkinderanstalten (neuerdings „Ausschuß für Kinderanstalten“ genannt) der Ausbreitung eben

Fig. 9.

Erkrankungs- ▬▬ und Todesfälle ✦✦✦✦
an Diphtherie und Scharlach
im hamburgischen Staate 1876–1927.
Erkrankungsf. auf 1000, Todesfälle auf 10000 Einw.

Diphtherie

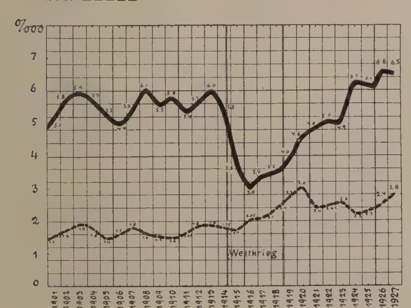
Scharlach

Einführung der Serumtherapie

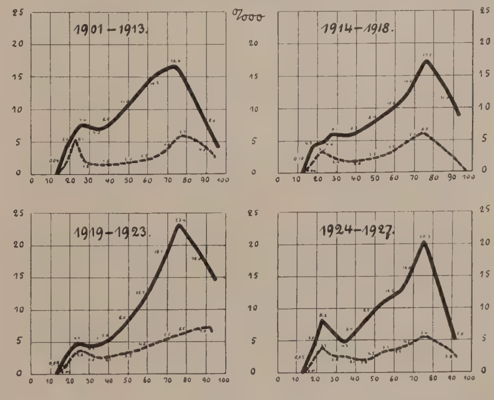
Weltkrieg

Fig. 11.

1. Sterbefälle durch Selbstmord 1901–1927 Staat.
männl. ▬▬ auf je 10000 männl. Personen.
weibl. - - - - „ „ „ weibl. „



2.) Nach dem Alter der Selbstmörder. Auf je 10000 Personen des gleichen Alters & Geschlechts berechnet. ▬▬ m. - - - - w.



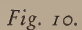
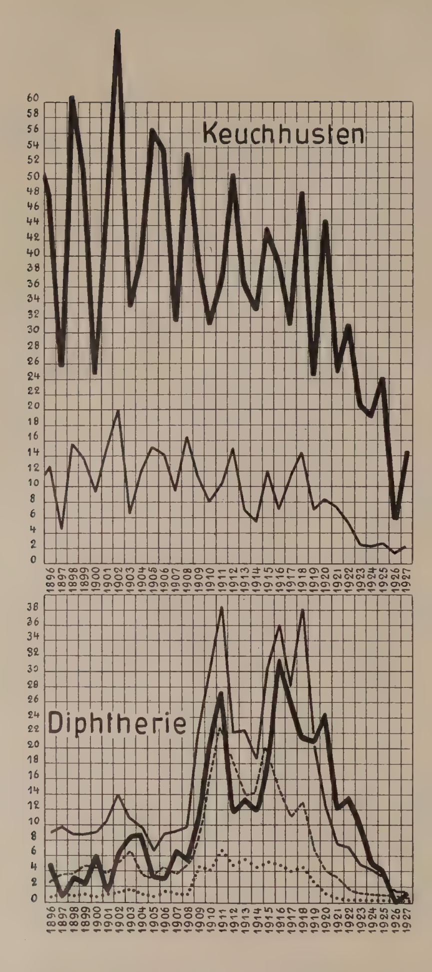
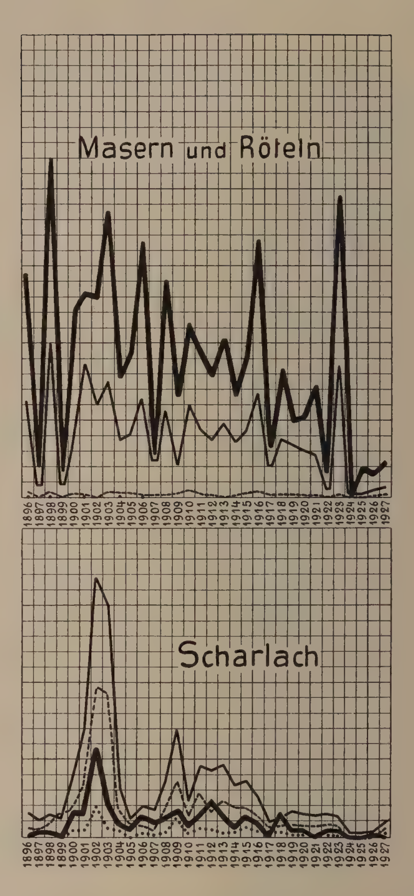


Fig. 10.





Sterblichkeit der Säuglinge ▬, der Kleinkinder (1—6 Jahr) —, der 6—10jährigen - - - und der 10—15jährigen Schulkinder . . . . . im hamburgischen Staate an akuten Infektionskrankheiten auf 10000 derselben Altersklassen.

dieser ausgesprochenen Kleinkinderkrankheiten erfolgreich entgegengearbeitet wird.

In Figur 10 ist gezeigt, wie Keuchhusten, Masern und Röteln für die ersten Lebensaltersklassen verderblich wirken, Scharlach und Diphterie für die mittleren, letztere aber auch bis in spätere Altersklassen hinauf.

* * *

Die Statistik des *Selbstmordes* in Hamburg (Fig. 11) weist einzelne bemerkenswerte Momente auf[1]. Zunächst den schroffen Abfall der männlichen und das gleichmäßige rasche Ansteigen der weiblichen Selbstmorde während der Kriegszeit. Sodann den beim männlichen mehr als beim weiblichen Geschlecht ausgeprägten Doppelgipfel der Alterskurve mit einem niedrigen Gipfel im 21. bis 24. Lebensjahr und einem besonders bei Männern stark hervortretenden Gipfel in der zweiten Hälfte der 70er Lebensjahre, letzteren als Zeichen der wirtschaftlichen Not in den Nachkriegsjahren 1919 bis 1923 auffallend stark überhöht. Endlich die als „nordisch" angesprochenen Frühlings- und Herbstanstiege (April und September) im jahreszeitlichen Verlaufe. Während bei den Männern das Erhängen und Erschießen am häufigsten vorkommt, ist bei den Frauen die Gasvergiftung, neuerdings bei beiden mehr und mehr das Schlafmittel die verbreitetste Todesart.

[1] *Sieveking*, Selbstmorde und Selbstmordversuche durch Gift in der Stadt Hamburg 1904—1917, Vierteljahrsschrift für ges. medizin. und öffentl. Sanitäts-Wesen 1918, 3 Aufl., 56 Bd., 1. Heft, Seite 163.

Sieveking, Koopmann, Böttiger, Die Selbstmorde in Hamburg 1909—1923, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1925, Nr. 17.

DIE STERBLICHKEIT DER SÄUGLINGE UND KLEINKINDER IN DER STADT HAMBURG

VON DR. H. MEYER-DELIUS

ÜBER die Zeit von 1821 bis 1901 ist in den „Gesundheitsverhältnissen Hamburgs im 19. Jahrhundert“ (zur 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte) berichtet worden; auch in Kurven ist der Verlauf der Sterblichkeit dieser Altersklassen dargestellt worden.

Nachdem in den achtziger Jahren auf der Höhe der Geburtenhäufung infolge Auftretens besonders ausgedehnter Erkrankungen an Typhus und Brechdurchfällen und endlich 1892 durch die Cholera und ihr voraufgehende Brechdurchfälle die Sterblichkeit der Kinder im ersten und im zweiten bis fünften Lebensjahre ihren Höhepunkt, einer perturbatio critica vergleichbar, erreicht hatte, trat mit dem Jahre 1893 eine einschneidende Wendung zur Besserung ein. Hierfür ist die volle Durchführung der Kanalisation (1888) und vor allem die Einführung der Sandfiltration des Hamburger Leitungswassers (1893) verantwortlich zu machen.

Die Kurve der Säuglingssterblichkeit, vor 1893 (von den großen epidemischen Zacken abgesehen) um 22 v. H. liegend, sinkt 1893 mit einem Ruck auf etwa 18½ v. H. ab, bleibt in dieser Höhe bis 1901 und fällt dann in zwei Etappen, die durch eine schärfere Senkung zwischen 1911 und 1913 entstehen, in ziemlich gleichmäßiger, nur selten unterbrochener Neigung bis auf ihren Tiefstand von 7,4 v. H. im Jahre 1927 ab. Besondere Zacken hoher Sterblichkeit in einzelnen Jahren, wie sie vor 1893 so häufig waren, sind nicht mehr erkennbar, selbst das Jahr 1911 mit seinem heißen Sommer bringt nur eine verhältnismäßig geringe Erhebung der Kurve. Die einzige, als Rückschlag bewertbare Erhebung aus diesem gleichmäßigen Abfall bringen die Jahre 1918 und 1919; diese bleibt aber bei der üblichen Berechnung der Säuglingssterblichkeit auf die lebendgeborenen Kinder des Kalenderjahres verborgen; in den Zeiten starker Schwankungen der Geburtenhäufigkeit muß diese Berechnungsart zu Trugzahlen führen; das Statistische Landesamt Hamburg hat deshalb in diesen Zeiten (Geburtenausfall des Krieges, Geburtenwelle der ersten Nachkriegszeit) eine Berechnung auf die Lebendgeborenen des Zeitraums, aus dem die gestorbenen Säuglinge stammen, eingeführt und deren Resultate veröffentlicht. In der Tabelle 1 sind die beiden Berechnungsarten entsprungenen Zahlen in der Kurve wiedergegeben; es zeigt sich, daß der Senkung der Sterblichkeitskurve üblicher Berechnungsart im Jahre 1919 ein nicht unbedeutender Anstieg der Sterblichkeit nach der besseren, aber umständlicheren und deshalb nicht allgemein eingeführten Methode in den Jahren 1918 und 1919 gegenübersteht. Da bei Vergleichen der Hamburger Verhältnisse mit denen anderer Städte in der Literatur hierauf nicht geachtet wurde, mußte dies besonders vermerkt werden, gleichzeitig um zu zeigen, wie leicht statistische Zahlen zu Fehlschlüssen führen können, wenn ihr Zustandekommen nicht genügend kritisch beachtet wird.

Die Kurve der Geburtenhäufigkeit hatte ihren Höhepunkt bereits im Jahre 1876 mit 42 v. T. (der Einwohnerzahl) erreicht; ihr jetzt einsetzender Abfall bis auf 35 v. T. 1887 zeigt in der Sterblichkeitskurve der Säuglinge keine Parallele; in diese Zeit fallen im Gegenteil die hohen durch Brechdurchfall erzeugten Spitzen der Kurve; eine kleine Wiederhebung der Geburtenhäufigkeit führt im Jahre 1891 zu einem Wert von 37,7 v. T., von welchem nun in unaufhaltsamem Sturz die Kurve auf 21,4 v. T. im Jahre 1914 und auf 13,5 v. T. im Jahre 1927 herabsinkt. Der Zeitraum dieses Rückgangs der Geburten fällt zusammen mit dem der Verminderung der Säuglingssterblichkeit. Der Krieg unterbricht die Kurve des Geburtenrückgangs mit dem steilen Ausfall der Jahre 1915 bis 1918 und der Friedenswelle der Jahre 1919 bis 1921; diese Teile der Geburtenkurve finden in der Säuglingssterblichkeitskurve keine Parallele!

Die Sterblichkeit der ehelich und der unehelich geborenen Kinder verläuft in den Jahren 1901 bis 1915 im großen gleichsinnig. Doch sind die Schwankungen der Kurve, die meist besonders heißen oder besonders kühlen Sommern in diesem Zeitraum zuzuschreiben sind, in der (freilich auch auf kleineren Zahlen basierenden) Kurve der Unehelichen ausgesprochener als in der Kurve der Ehelichen. Während aber der obenerwähnte Rückschlag sich bei den Ehelichen, wie in der Gesamtkurve, auf die Jahre 1918/19 beschränkt (auch nur mit der besonderen Berechnungsart kenntlich wird) und hier im wesentlichen der Grippe zuzuschreiben ist, zeigt die Sterblichkeitskurve der Unehelichen eine viel größere und länger dauernde Erhebung, die schon mit Recht als eine katastrophale Verschlechterung ihrer Lebensbedingungen bezeichnet werden muß; sie beginnt bereits 1916/17 und erstreckt sich bis 1924/25, ihr

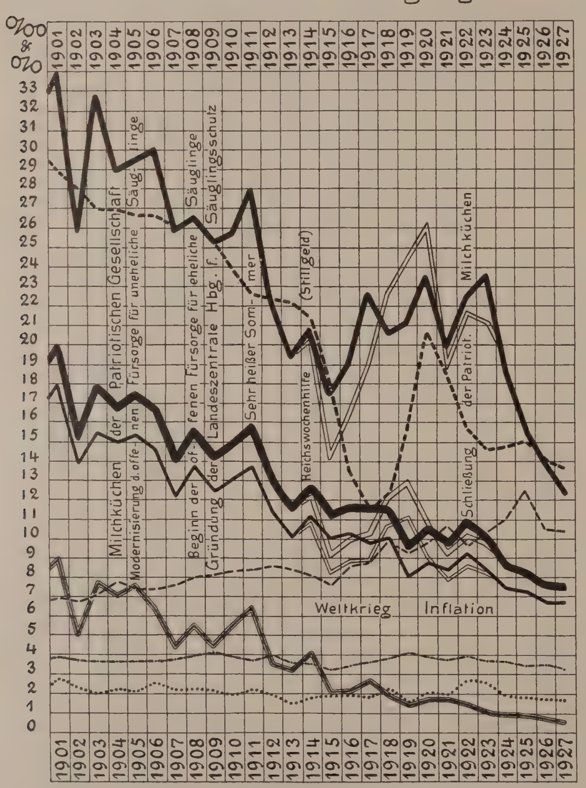
Tabelle 1

Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit in der Stadt Hamburg 1901—1927

----- Häufigkeit der Geborenen (Lebend- u. Totgeborene) auf 1000 Einwohner, ----- Häufigkeit der frühzeitig Geborenen (Frühgeburten) in % aller Geborenen.

Im 1. Lebensjahr Gestorbene (ohne Totgeborene):
in % der Lebendgeborenen des gleichen Kalenderjahres,
" % " " des Zeitraums, aus dem sie stammen,
desgleichen für die ehelichen Säuglinge allein,
" " " unehelichen " "

Hauptsächlichste Todesursachen:
-.-.-. Lebensschwäche, ▬▬ Ernährungsstörungen,
.... Krankheiten der Atmungsorgane.



Gipfel liegt 1920 bei 26,1 v. H. Die Erklärung für dieses abweichende Schicksal der Unehelichen ist in dem Zusammenbruch des Koststellenwesens zu finden, der begann, als die Frauen der Kriegsindustrie eingegliedert wurden, und der in der Inflationszeit vollkommen wurde; die unehelichen Kinder fielen der Kasernierung in den Anstalten des Jugendamts anheim, die den Zustrom kaum fassen konnten, dauernd überbelegt waren; in diese trostlosen Zustände brach die Grippe mit ihrer Epidemie von 1918 und besonders 1920 ein. Es wird so verständlich, wie die Grippe ganz besonders gerade den Unehelichen verderblich wurde. Die Währungsreform und die aus ihr resultierende Arbeitslosigkeit führte trotz der Wohnungsnot zum Wiederaufbau des Koststellenwesens, wodurch die Aufzuchtbedingungen der Unehelichen sofort gebessert wurden, so daß im Jahre 1927 die Sterblichkeitskurve der Unehelichen ihren Tiefstpunkt mit 12,2 v. H. erreichte. Von 1901 an ist demnach bei den Unehelichen ein Rückgang der Sterblichkeit von 34,0 v. H. auf 12,2 v. H. festzustellen; bei den Ehelichen ist sie von 18,0 v. H. auf 6,7 v. H. gesunken; die Verbesserung steht in fast gleichem Verhältnis.

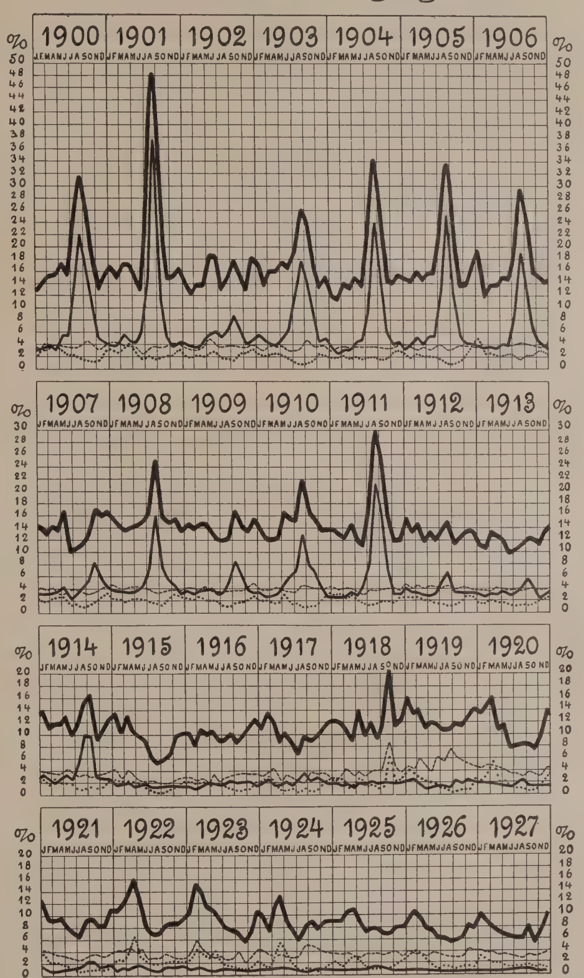
Von den Todesursachen der Säuglinge sind auf der Tafel nur die drei wichtigsten Gruppen verzeichnet. Die Gruppe „Lebensschwäche" zeigt von 1901 bis 1927 eine fast horizontale Kurve in der Höhe zwischen 3 und 4 v. H.; es sei hinzugefügt, daß auch in den Jahren von 1871 an (dem Beginn der Detaillierung der Todesursachen in der Statistik Hamburgs) nur vorübergehend Werte über 4 v. H. (bis 5 v. H.) erreicht wurden, die hauptsächlich dem damals noch mehr als heute beliebten Gebrauch dieser „Diagnose" zuzuschreiben sind. Die Gruppe „Ernährungsstörungen" sinkt von 8,9 v. H. im Jahre 1901 (vor 1892 lagen ihre Werte um 10 v. H. mit Erhebungen bis über 15 v. H.) auf 0,5 v. H. im Jahre 1927; der Abfall dieser Kurve läuft dem der Gesamtsterblichkeit der Säuglinge durchaus parallel und ist in erster Linie als Ursache der Besserung anzusprechen. Die dritte Gruppe „Krankheiten der Atmungsorgane" zeigt dagegen wieder einen ziemlich horizontalen Verlauf, die Werte liegen zwischen 1,3 v. H. und 2,7 v. H.; eine etwas größere Unruhe als bei der Kurve der „Lebensschwäche" ist bemerkenswert. Unter den übrigen, nicht gezeigten Todesursachen zeigt die Sammeldiagnose „andere Krankheiten des Nervensystems" (früher „Krämpfe") einen erheblichen Rückgang, während die Kurve der „Infektionskrankheiten" in niedrigen Werten schwankt

und die der „übrigen Todesursachen" ziemlich unverändert zwischen 1,0 und 1,5 v. H. liegt.

Tabelle 2

Die Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Kalendermonaten und ihre hauptsächlichsten Ursachen

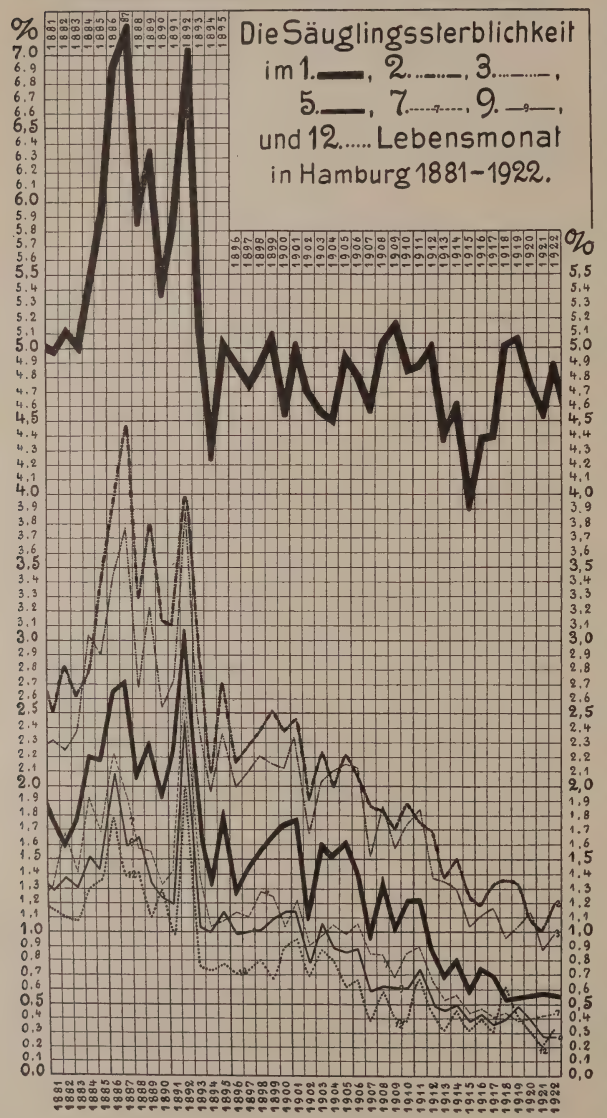
▬ Sterblichkeit auf 100 Lebendgeborene und auf das Jahr.
— Ernährungsstörungen. ------ Lebensschwäche.
.... Krankheiten der Atmungsorgane.



Betrachtet man den jahreszeitlichen Verlauf der Säuglingssterblichkeit und ihrer Todesursachen nach Kalendermonaten, so muß erwähnt werden, daß auch hier die Einführung der Sandfiltration des Leitungswassers eine deutlich erkennbare Veränderung bringt: vor 1893 eine sehr unruhige Gesamtkurve und bei den „Ernährungsstörungen" neben dem gewaltigen Sommergipfel fast regelmäßig auch ein niedrigerer Wintergipfel im Dezember oder Januar; nach 1893 eine viel ruhigere „typische" Kurve der Gesamtsterblichkeit mit unverändert hohem Sommergipfel, auch bei den „Ernährungsstörungen", die diesen Sommergipfel bedingen, aber definitiver Fortfall des Wintergipfels, der in der Kurve der Gesamtsäuglingssterblichkeit fortan nur angedeutet ist und dem die Erhebung der Kurve „Krankheiten der Atmungsorgane" entspricht. Das Jahr 1901 zeigt diese Verhältnisse der Jahre nach 1893 in typischer Weise; ebenso die Jahre 1903 bis 1906, doch werden die Sommerzacken schon zu dieser Zeit allmählich kleiner. Das Jahr 1902, ein regenreiches Jahr mit besonders kühlem Sommer, fällt als erstes aus dem Typ heraus. Der Sommergipfel ist nur angedeutet und nur bei den „Ernährungsstörungen" noch deutlich erkennbar; ähnlich verläuft die Kurve des gleichfalls sehr kühlen Jahres 1907, in dem zum erstenmal ein tiefes Sommertal den Sommergipfel ersetzt und auch bei den „Ernährungsstörungen" nur eine verspätete Erhebung im Oktober festzustellen ist. In den Jahren 1908 bis 1914 werden die Sommergipfel fortschreitend weiter abgebaut, nur 1911 zeigt als heißes Jahr noch einmal den alten Typ, für 1912 und 1913 sind die Sommergipfel nur noch bei den „Ernährungsstörungen" erkennbar, 1914 ist als Jahr mit heißem Sommer das letzte Jahr mit einem noch einmal deutlichen, aber zwergenhaften Sommergipfel. Das Jahr 1915 führt in scharfer Prägung den neuen Typ der Jahreskurve ein, ein tiefes Sommertal, so daß nunmehr die auch früher schon vorhandenen Wintererhebungen der „Krankheiten der Atmungsorgane" auch in der Gesamtkurve als Winter- bzw. Frühjahrsgipfel in Erscheinung treten. Das Jahr 1918 bringt den Grippegipfel im Oktober, zu dessen Zustandekommen die Grippe direkt als „Krankheit der Atmungsorgane", aber auch indirekt durch vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft der an Grippe erkrankten Mütter als „Lebensschwäche" (natürlich werden hier auch undiagnostizierte Erkrankungen der Neugeborenen zu berücksichtigen sein) beiträgt. Die Jahre 1920 bis 1924 zeigen sehr

Tabelle 3

Die Säuglingssterblichkeit in Hamburg im ersten, zweiten, dritten, fünften, siebenten, neunten und zwölften Lebensmonat, berechnet für den ersten Lebensmonat auf 100 Lebendgeborene des Zeitraums, aus dem die Geborenen stammen, für die ferneren Lebensmonate auf 100 Überlebende des Zeitraums, aus dem die Gestorbenen der betreffenden Monate stammen.



ausgesprochene Frühjahrsgipfel durch stark gehäufte Todesfälle an „Krankheiten der Atmungsorgane"; in den letzten Jahren werden auch diese Wintererhebungen flacher. Wenn man die Kurve des Jahres 1927 mit der des Jahres 1901 direkt vergleicht, wird die Veränderung und die gewaltige Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge äußerst drastisch erkennbar. Bemerkenswert ist dabei, daß die Nässe und Kühle der Sommer, die im Anfang ganz unabweisbar den Umschwung der Kurve bedingte, in den letzten Jahren keineswegs immer vorhanden war, daß z. B. die Jahre 1917, 1921 und andere ausgesprochen warme Sommer brachten, ohne daß hierdurch die Sterblichkeit der Säuglinge ins Schwanken gebracht wurde. Die „Lebensschwäche" zeigt im ganzen jahreszeitlichen Verlauf keine auffallenden Schwankungen, ausgenommen eine deutliche, wenn auch flache Depression nach Kriegsbeginn (1915/1916) und eine sehr viel ausgesprochenere Erhebung nach Kriegsschluß (1920/21), wofür abgesehen von der schon erwähnten Grippezacke eine Erklärung nicht gegeben werden kann, wenn man nicht der Psyche der Mütter (Abschieds- und Erinnerungskinder bei Kriegsausbruch, Steigerung der Abtreibungsbewegung in der allgemeinen Neuorientierung nach Kriegsende) entscheidende Bedeutung zuerkennen muß.

Will man die Sterblichkeit der Säuglinge weiter nach Altersabschnitten, also den einzelnen Lebensmonaten unterteilen, so wird im allgemeinen nur der Anteil der einzelnen Monate an den Gesamttodesfällen berechnet. Bei dieser Betrachtungsweise ergibt sich für die Stadt Hamburg, daß der Anteil des ersten Lebensmonats von 25,2 v. H. im Jahre 1901 auf 53,1 v. H. im Jahre 1926 gestiegen ist, während derjenige des zweiten Lebensmonats von 11,9 v. H. für 1901 auf 8,3 v. H. für 1926, der des sechsten Lebensmonats von 6,5 v. H. für 1901 auf 4,1 v. H. für 1926 und der des zwölften Lebensmonats von 4,0 v. H. für 1901 auf 1,7 für 1926 gefallen ist. Es ist klar, daß der Anstieg des ersten Lebensmonats durch die Abnahme der älteren Monate bedingt ist, so daß aus diesen Verhältniszahlen nicht auf die wirkliche Sterblichkeit geschlossen werden darf. Ein Einblick in die wirklichen Sterblichkeitsverhältnisse der einzelnen Lebensmonate läßt sich nur dadurch gewinnen, daß man die Todesfälle des 1. Lebensmonats zu den Lebendgeborenen des gleichen Zeitraums, die Todesfälle der älteren Lebensmonate zu den Überlebenden des nächstjüngeren

Lebensmonats des Zeitraums, aus dem die Todesfälle stammen, in Beziehung setzt (wobei auf Berücksichtigung der Zu- und Abwanderung verzichtet werden muß), eine für den ersten Lebensmonat einfache, für die späteren Monate aber sehr komplizierte Berechnungsart. Sie ist in der Tabelle 3 durchgeführt, in der, um das Bild nicht zu verwirren, nicht sämtliche zwölf, sondern nur sechs ausgewählte Lebensmonate wiedergegeben sind: da diese Tabelle neu ist, ist auf ihr die Zeit von 1881 an dargestellt. Auf dieser interessanten Tabelle zeigt sich nun, daß der erste Lebensmonat, nachdem er die schlimmen Zeiten vor 1893 überwunden hat, in einer (für den großen Maßstab) leidlich gleichmäßigen Höhe zwischen 4 und 5 v. H. Sterblichkeit verharrt, unterbrochen nur durch eine tiefe Remission im Jahre 1915 (vergleiche oben: Erinnerungskinder?); von einem Anstieg der Frühsterblichkeit der Säuglinge ist hier also nichts zu bemerken, im Gegenteil ist in den letzten Jahren (die auf der früher entstandenen Tabelle 3 nicht mehr berücksichtigt werden konnten) eher eine Neigung zum Absinken bemerkbar (cf. Tabelle 4). Im Gegensatz zu dieser Kurve nun erfolgt in allen älteren Lebensmonaten von 1893 bzw. 1901 an ein gewaltiger Abfall der Sterblichkeit, so daß in den Jahren 1921/22 Werte erreicht werden, die beim zweiten Lebensmonat weniger als die Hälfte, beim zwölften Lebensmonat sogar weniger als ein Drittel der Werte um 1900 herum betragen. Auf Einzelheiten kann leider nicht eingegangen werden, doch sei darauf hingewiesen, daß die Ernährungsstörungen bis 1914 deutlichen Einfluß auf die Configuration der Kurven (kühle, heiße Sommer) vom dritten Lebensmonate an erkennen lassen, während beim ersten Monat ihre Macht so gut wie gar nicht, beim zweiten Lebensmonat noch wenig zum Ausdruck kommt (Stillen der Mütter), und daß die Grippe 1918 in erster Linie den älteren Säuglingen gefährlich geworden ist.

Tabelle 4

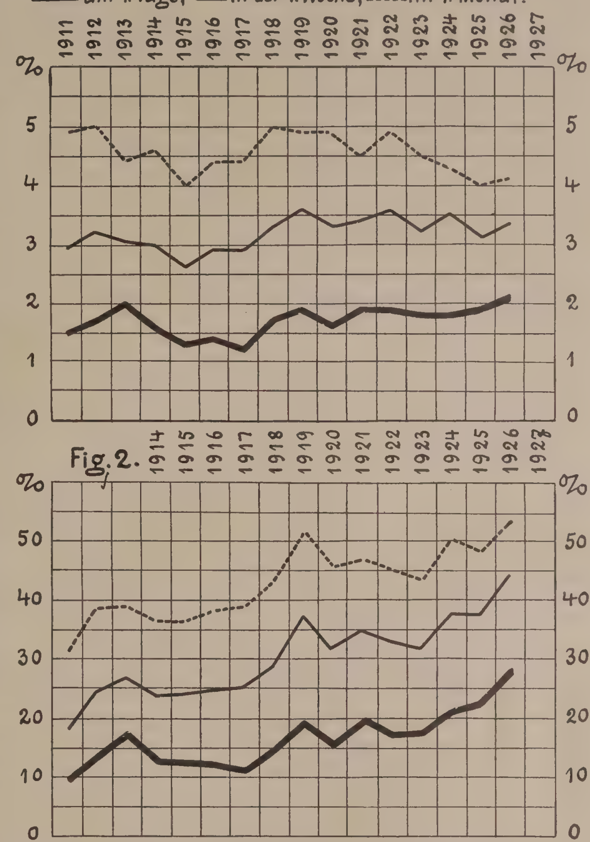
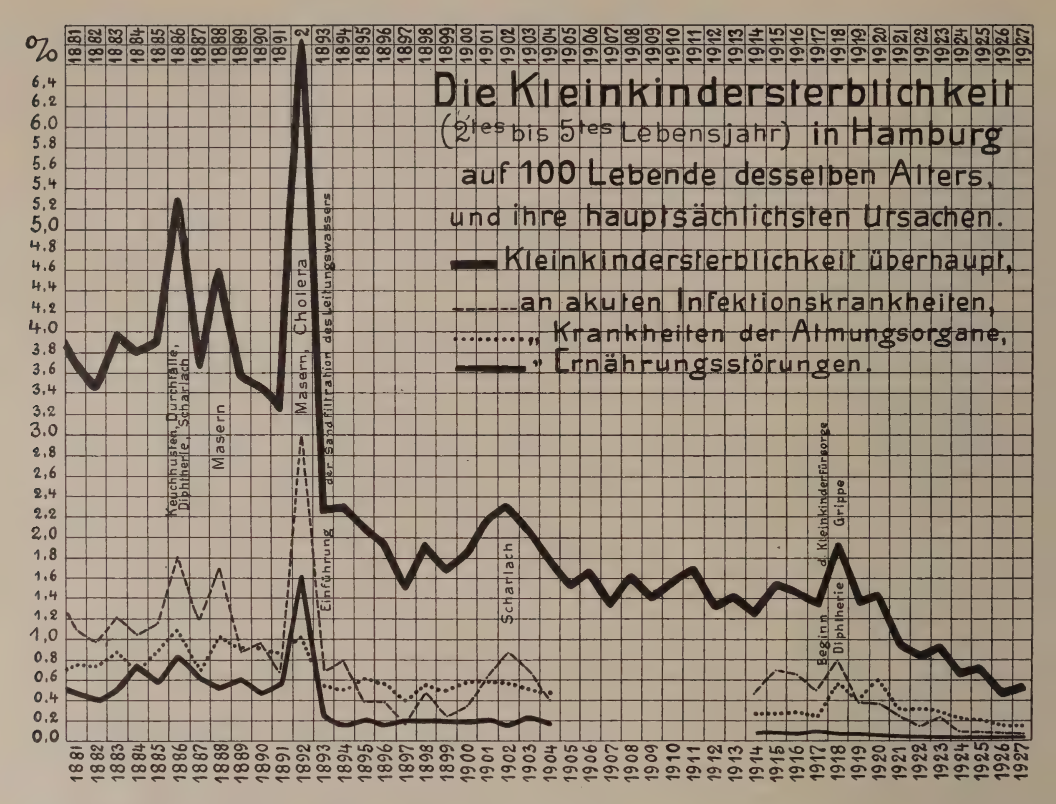


Fig. 2. Anteil der Sterblichkeit des ersten Lebensabschnitts an der Gesamtsterblichkeit der Säuglinge in der Stadt Hamburg.
(% der im 1. Lebensjahr Gestorbenen.)

Wegen des großen Interesses, das zur Zeit die Frühsterblichkeit der Säuglinge erweckt, nachdem die Todesursache „Ernährungsstörungen" von ihrer früher dominierenden Rolle auf den dritten Platz herabgesunken und die Todesursache „Gruppe Lebensschwäche" nunmehr an erster Stelle steht, sind in Tabelle 4 noch einige Daten des ersten Lebensmonates gesondert dargestellt. Wir sehen, daß die Sterblichkeit der allerersten Lebensabschnitte tatsächlich eine ansteigende Tendenz zu haben scheint. Auf die Lebendgeborenen des Kalenderjahres bezogen, ist die Sterblichkeit des ersten Lebenstages allerdings ziemlich unverändert zwischen 1,5 und 2,0 v. H. geblieben, von einer auffallenden Senkung in den Jahren 1915 bis 1917 (vgl. oben) auf Werte unter 1,5 v. H. abgesehen. Eine ausgesprochene Zunahme der Sterblichkeit des ersten Lebenstages ist aber bei den Unehelichen zu verzeichnen. Die Sterblichkeit der ersten Lebenswoche steigt dagegen deutlich von etwa



3 v. H. auf etwa 3,5 v. H. an. Fügt man hinzu, daß die Sterblichkeit des ersten Lebensmonats (vgl. oben) eher eine Neigung zur Abnahme zeigt, so ist der Schluß berechtigt, daß im ersten Lebensmonat in letzter Zeit die späteren Lebenswochen eine leichte Verbesserung, die ersten sieben Lebenstage dagegen eine Verschlechterung erfahren haben. Bei den Unehelichen ist seit 1918/19 eine ruckartige Verschlechterung erheblichen Grades für alle Abschnitte des ersten Lebensmonates zu verzeichnen. Im Zusammenhange hiermit sei auf die Kurve der Frühgeborenen auf Tabelle 1 hingewiesen. Man mag der Diagnose der Frühgeburt in ihrer Abgrenzung, besonders durch die Hebammen, berechtigte Zweifel entgegensetzen, man denke auch an die rapide Zunahme der klinischen Geburten in der Nachkriegszeit mit ihrem Einfluß auf die Bestimmung der Frühgeburt. Trotzdem liegt dieser Kurve sicherlich eine richtige Feststellung in gewissem Sinne zugrunde, da ihr Anstieg aus niedrigen Werten (von 1880 bis 1894 konstant um 5 v. H. herum) zeitlich genau zusammenfällt mit dem Beginn der Geburtenabnahme. Die Kurve des Anteils der Frühgeburten an allen Geburten steigt von 1894 ununterbrochen an und erreicht in den letzten Jahren Zahlen, die zwischen 10 und 12,5 v. H. liegen; hinzuzufügen ist, daß die Zahl der Frühgeburten unter den ehelichen Kindern zuletzt um 9 v. H. liegt, diejenige der unehelichen Frühgeburten aber auf über 20 v. H. angewachsen ist. Es erscheint notwendig, darauf hinzuweisen, daß dieser Anstieg offenbar in erster Linie die Folge des Geburtenrückganges ist; man muß die ganze Geburtenmasse einer Bevölkerung, von der Fehlgeburt der ersten Monate bis zur ausgetragenen Schwangerschaft als etwas Zusammenhängendes ansehen, in dem die von uns als Frühgeburt bezeichneten Stadien der vorzeitigen Unterbrechung einen absolut gleich großen Mittelteil darstellen, gleichgültig ob bei Verlangen nach zahlreichen Kindern die Schwangerschaft geschont oder ob bei der Flucht vor dem Kinde der entstandenen Schwangerschaft mit allen erdenklichen Mitteln ent-

gegengearbeitet wird; Krankheiten der Schwangeren spielen natürlich auch eine Rolle, aber zweifellos demgegenüber eine untergeordnete. Je mehr demnach zur Vermeidung des Kindes der Teil der ausgetragenen Geburten zurückgeht, um so größer muß der in der üblichen Weise nur auf sie bezogene Anteil der Frühgeburten werden. Andererseits ist aus der gleichen Überlegung selbstverständlich, daß die Sterblichkeitsverhältnisse in den ersten Lebensabschnitten auch bei gut funktionierender Schwangerenfürsorge statistisch keine Besserung erfahren können, da alle Bestrebungen, die die Frühgeburt zur reifen Geburt wandeln wollen, auch in entsprechender Anzahl Fehlgeburten zu Frühgeburten ansteigen lassen müssen. Der Gewinn an lebensfähigen Kindern steht außer Frage, aber statistisch wirkt er sich nicht aus. Zahlenmäßig nachweisen lassen sich dagegen die Fortschritte in der Pflege der Frühgeborenen.

Wieweit bei der durchgreifenden Verbesserung der Sterblichkeit des ersten Lebensjahres neben den allgemeinhygienischen Maßnahmen (fortschreitende Sanierung der schlechten Wohnviertel, Baupolizei usw.) die eigentliche Säuglingsfürsorge ursächlich beteiligt ist, ist schwer festzustellen. Begonnen hat sie in Hamburg 1905 bis 1908, also zu einer Zeit, als die rückläufige Bewegung bereits eingeleitet war.

Zum Schluß wird auf Tabelle 5 die Kurve der Sterblichkeit der Kleinkinder (d. h. der Altersklasse der Kinder des zweiten bis fünften Lebensjahres der Statistik) in der Stadt Hamburg seit 1881 gebracht. Nach der hohen Sterblichkeit der achtziger Jahre, für die neben schweren Epidemien von Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Scharlach und Typhus Brechdurchfälle und „Krämpfe“ in Betracht kommen, sinkt, als die Cholera von 1892 die Einführung der Sandfiltration des Leitungswassers gebracht hatte, die Kurve von etwa 4 v. H. auf etwa 2 v. H. ruckartig ab. Nach 1903 erfolgt ein weiterer Abfall auf etwa 1,5 v. H., ein Wert, der, nur durch das Grippejahr 1918 unterbrochen, bis 1920 eingehalten wird. Mit 1921 beginnt eine dritte Phase diesmal fortschreitenden Absinkens, so daß in den Jahren 1926/27 Zahlen von 0,5 v. H. erreicht wurden. Als Todesursachen sind Magendarmerkrankungen und „Krämpfe“ so gut wie ganz verschwunden; die Infektionskrankheiten haben sämtlich seit einer Reihe von Jahren, trotz zeitweise erheblicher Ausbreitung, eine auffallend geringe Letalität. Es mögen, trotz der schweren Wohnungsnot, zur Zeit besonders günstige, unserer Beeinflussung entzogene Verhältnisse in erster Linie für diese, im Vergleich zur Säuglingssterblichkeit, noch wesentlich günstigere Entwicklung bei den Kleinkindern verantwortlich zu machen sein; es wird von niemand bestritten werden können, daß sie auf der andern Seite zweifellos auch durch die Besserung der Lebensbedingungen der Säuglinge und durch die 1917/18 einsetzende direkte Kleinkinderfürsorge bedingt ist; denn die gesund aufwachsenden, von Brechdurchfällen und englischer Krankheit verschonten Säuglinge bringen eine größere Widerstandskraft auch gegen die im Kleinkindesalter dominierenden infektiösen Krankheiten als Gewinn in diesen Lebensabschnitt mit hinein. Bewiesen wird durch die an die Verbesserung der Lebensbedingungen der Säuglinge sich anschließende, noch stärker betonte Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Kleinkinder, daß alles das, was als Säuglingsfürsorge wirkt, nicht die natürliche Auslese in ungünstiger Weise stört, sondern tatsächlich einen für das ganze Leben fortwirkenden Gewinn zustande bringt.

DIE GEBURTSHILFLICHEN OPERATIONEN

VON DR. HANS NEVERMANN

DAS den folgenden Ausführungen über die geburtshilflichen Operationen und Komplikationen und deren Ausgang zugrunde liegende Zahlenmaterial umfaßt sämtliche Geburten des Staates Hamburg in den Jahren 1901 bis 1927. Ein Teil dieser Zahlen ist schon in den bis zum Jahre 1918 regelmäßig erschienenen Berichten über die Medizinische Statistik des Hamburgischen Staates veröffentlicht worden. Es werden sich vielleicht beim Vergleich dieser mit jenen veröffentlichten Zahlen einige kleine Differenzen ergeben. Das hat seinen Grund darin, daß das ganze Zahlenmaterial ärztlicherseits nochmals durchgearbeitet und zum Teil nach anderen Gesichtspunkten geordnet worden ist. — Solche statistischen Zusammenstellungen, wie die vorliegende, sind in mehrfacher Hinsicht von Wert. Einmal geben sie Aufschluß über das Verhältnis von physiologischem und pathologischem Geburtsgeschehen. Dann zeigen sie uns, ob und inwieweit äußere Einflüsse, wie z. B. Krieg, Inflation und Nachkriegszeit, ihre Einwirkungen auf gewisse Zeitabschnitte ausüben. Schließlich sind sie geeignet, uns über Zweckmäßigkeit und Erfolg aktiven operativen Vorgehens zu unterrichten. Die Mehrzahl derartiger Statistiken stammt aber aus einer einzigen Klinik oder aus mehreren Kliniken und Krankenhäusern.

Tabelle 1a. Die geburtshilflichen Operationen und deren Ausgang (Staat).

Jahr	Zahl der Geburten überhaupt	Zahl der Fälle überhaupt										Zahl der Geborenen überhaupt
		Zangenentbindungen	Wendungen	Extraktion bei Beckenendlage	Zerstückelung	Künstl. Frühgeburt	Kaiserschnitt an der Lebenden	Kaiserschnitt nach dem Tode	Hilfe bei Placenta praevia	Hilfe bei der Nachgeburtsperiode	Hilfe bei Eklampsie	
1901	22 398	608	291	279	37	16	3	2	47	274	28	22 688
1902	22 187	664	260	259	23	26	3	1	26	210	30	22 464
1903	21 806	623	282	261	37	20	8	2	34	223	35	22 065
1904	22 300	696	279	299	32	11	7	1	46	199	42	22 594
1905	22 805	739	300	341	37	23	10	1	36	211	28	23 115
1906	23 518	789	296	340	29	15	16	—	42	217	20	23 827
1907	23 726	749	280	391	49	12	17	—	40	229	26	24 038
1908	24 746	782	294	402	48	15	23	—	49	226	36	25 062
1909	24 062	725	284	360	34	17	29	—	59	240	24	24 357
1910	23 696	796	256	397	29	16	23	—	44	261	30	23 999
1911	23 144	806	289	422	36	17	14	—	37	320	33	23 414
1912	23 563	887	282	424	43	11	37	—	40	265	26	23 846
1913	23 941	812	271	364	49	10	34	—	29	232	23	24 237
1914	23 459	758	243	286	46	8	28	3	18	66	31	23 738
1915	17 909	475	181	250	21	6	26	—	55	194	29	18 106
1916	12 456	280	152	165	17	8	22	1	27	158	20	12 584
1917	10 321	214	107	111	15	3	25	—	19	136	19	10 435
1918	10 727	301	105	154	13	3	22	1	20	119	12	10 858
1919	16 581	547	141	218	19	5	32	—	45	217	18	16 779
1920	22 057	813	173	361	39	4	63	5	62	242	33	22 323
1921	20 058	686	110	329	41	4	87	—	110	177	39	20 280
1922	17 881	711	142	319	34	3	92	—	99	223	20	18 077
1923	16 452	647	123	308	31	2	122	—	102	236	51	16 641
1924	16 667	635	115	390	36	5	121	—	41	233	30	16 843
1925	17 403	581	134	435	49	3	145	—	44	249	32	17 619
1926	16 377	608	100	434	34	3	143	—	71	197	27	16 556
1927	16 113	498	90	379	55	2	187	1	40	237	15	16 286
Zusammen	536 353	17 430	5580	8678	933	268	1339	18	1282	5791	757	—

Jahr		Nach Zangenentbindungen	Wendungen	Extraktion bei Beckenendlage	Zerstückelung	Künstl. Frühgeburt	Kaiserschnitt an der Lebenden	Kaiserschnitt nach dem Tode	Hilfe bei Placenta praevia	Hilfe bei der Nachgeburtsperiode	Hilfe bei Eklampsie
1901	Kind lebend:	571	199	216	—	14	3	—	24	246	25
1902		623	167	208	—	17	1	—	15	183	26
1903		581	174	207	—	15	6	—	14	201	30
1904		642	175	239	—	11	7	—	21	184	35
1905		696	203	277	—	18	7	—	20	189	23
1906		747	195	279	—	12	11	—	23	193	14
1907		706	178	312	—	9	14	—	22	195	20
1908		732	179	325	—	11	19	—	21	205	25
1909		682	153	284	—	9	24	—	25	218	17
1910		740	162	314	—	15	18	—	20	241	24
1911		763	179	336	—	9	10	—	12	295	21
1912		832	182	340	—	8	27	—	17	240	13
1913		770	190	310	—	8	25	—	16	217	13
1914		714	147	225	—	6	23	—	4	60	26
1915		444	113	200	—	5	22	—	23	171	23
1916		266	105	128	—	7	16	—	17	139	17
1917		200	68	89	—	3	20	—	9	121	10
1918		276	64	128	—	2	20	—	11	100	10
1919		519	98	178	—	4	26	—	36	194	14
1920		774	125	317	—	3	57	—	47	207	20
1921		636	63	269	—	4	77	—	80	152	26
1922		667	89	361	—	2	84	—	70	183	13
1923		602	76	257	—	2	115	—	88	199	43
1924		598	91	323	—	4	115	—	27	207	26
1925		547	99	364	—	2	137	—	26	207	28
1926		574	63	363	—	3	129	—	45	172	24
1927		477	70	313	—	—	180	1	29	184	13
Zusammen		16 379	3607	7062	—	203	1193	1	762	5103	579

Tabelle 1b. Die geburtshilflichen Operationen und deren Ausgang (Staat).

Jahr		Nach Zangenent-bindungen	Wen-dungen	Extraktion bei Becken-endlage	Zer-stückelung	Künstl. Frühgeburt	Kaiserschnitt an der Lebenden	Kaiserschnitt nach dem Tode	Placenta praevia	Hilfe bei der Nach-geburts-periode	Eklampsie
1901	Kind tot:	37	92	63	37	2	—	2	23	28	3
1902		41	93	51	23	9	2	1	11	27	4
1903		42	108	54	37	5	2	2	20	22	5
1904		54	104	60	32	—	—	1	25	15	7
1905		43	97	64	37	5	3	1	16	22	5
1906		42	101	61	29	3	5	—	19	24	6
1907		43	102	79	49	3	3	—	18	34	6
1908		50	115	77	48	4	4	—	28	21	11
1909		43	131	76	34	8	5	—	34	22	7
1910		56	94	83	29	1	5	—	24	20	6
1911		43	110	86	36	8	4	—	25	25	12
1912		55	100	84	43	3	10	—	23	25	13
1913		42	81	54	49	2	9	—	13	15	10
1914		44	96	61	46	2	5	3	14	6	5
1915		31	68	50	21	1	4	—	32	23	6
1916		14	47	37	17	1	6	1	10	19	3
1917		14	39	22	15	—	5	—	10	15	9
1918		25	41	26	13	1	2	1	9	19	2
1919		28	43	40	19	1	6	—	9	23	4
1920		39	48	44	39	1	6	5	15	35	13
1921		50	47	60	41	—	10	—	30	25	13
1922		44	53	58	34	1	8	—	29	40	7
1923		45	47	51	31	—	7	—	14	37	8
1924		37	24	67	36	1	6	—	14	26	4
1925		34	35	71	49	1	8	—	18	42	4
1926		34	37	71	34	—	14	—	26	25	3
1927		21	20	66	55	2	7	—	11	51	2
Zusammen .		1051	1973	1616	933	65	146	17	520	688	178

Jahr		Nach Zangenent-bindungen	Wen-dungen	Extraktion bei Becken-endlage	Zer-stückelung	Künstl. Frühgeburt	Kaiserschnitt an der Lebenden	Kaiserschnitt nach dem Tode	Placenta praevia	Hilfe bei der Nach-geburts-periode	Eklampsie
1901	Mutter gestorben:	6	11	6	2	1	1	2	7	18	9
1902		8	5	4	3	3	1	1	7	36	9
1903		11	9	6	7	1	3	2	6	35	17
1904		9	12	2	3	—	1	1	3	35	14
1905		14	9	4	8	1	1	1	8	35	18
1906		5	13	3	3	1	2	—	7	38	6
1907		10	12	3	5	1	5	—	7	44	12
1908		8	11	5	2	—	7	—	4	44	18
1909		7	13	7	3	1	5	—	4	42	11
1910		9	9	2	9	3	3	—	4	22	14
1911		9	8	1	5	3	2	—	2	18	13
1912		9	12	4	5	3	7	—	5	9	9
1913		4	10	13	3	2	7	—	2	2	12
1914		13	7	7	5	—	5	3	1	5	14
1915		6	6	4	4	2	2	—	6	9	4
1916		1	7	2	1	—	1	1	2	9	7
1917		4	2	1	3	—	5	—	—	4	6
1918		6	2	2	—	—	3	1	—	8	6
1919		139	158	76	71	22	1	—	1	6	8
1920							2	5	4	7	15
1921							1	—	2	4	6
1922							4	—	6	4	2
1923							11	—	2	7	15
1924							4	—	2	4	3
1925							11	—	4	7	4
1926							7	—	5	7	2
1927							2	1	4	5	7
Zusammen .							104	18	105	464	254

Tabelle 2. Prozentzahlen.

Jahr	Zangengeburten	Wendungen	Extraktionen	Zerstückelungen	Künstliche Frühgeburt	Kaiserschnitt an der Lebenden	Kaiserschnitt nach dem Tode	Placenta praevia	Hilfe bei der Nachgeburtsperiode	Eklampsie
1901	2,679	1,282	1,229	0,163	0,070	0,012	0,008	0,207	1,208	0,123
1902	2,955	1,157	1,153	0,102	0,116	0,012	0,004	0,116	0,935	0,134
1903	2,823	1,278	1,183	0,167	0,091	0,036	0,009	0,154	1,011	0,159
1904	3,080	1,235	1,323	0,142	0,049	0,031	0,004	0,203	0,881	0,295
1905	3,197	1,297	1,475	0,160	0,099	0,043	0,004	0,156	0,913	0,121
1906	3,311	1,242	1,426	0,122	0,063	0,067	—	0,176	0,911	0,084
1907	3,115	1,165	1,626	0,204	0,050	0,071	—	0,166	0,953	0,108
1908	3,120	1,073	1,604	0,191	0,060	0,092	—	0,195	0,902	0,144
1909	2,976	1,166	1,478	0,139	0,070	0,119	—	0,242	0,985	0,099
1910	3,316	1,067	1,652	0,121	0,067	0,096	—	0,183	1,087	0,125
1911	3,441	1,234	1,802	0,154	0,073	0,060	—	0,158	1,267	0,141
1912	3,719	1,182	1,778	0,180	0,046	0,155	—	0,168	1,111	0,109
1913	3,349	1,118	1,502	0,202	0,041	0,140	—	0,119	0,957	0,095
1914	3,193	1,023	1,205	0,194	0,034	0,118	0,013	0,076	0,278	0,131
1915	2,623	0,999	1,380	0,116	0,033	0,143	—	0,304	1,071	0,160
1916	2,224	1,208	1,311	0,135	0,063	0,175	0,007	0,215	1,255	0,159
1917	2,050	1,025	1,064	0,144	0,027	0,239	—	0,182	1,303	0,182
1918	2,772	0,967	1,418	0,120	0,026	0,202	0,009	0,184	1,096	0,111
1919	3,260	0,840	1,299	0,113	0,030	0,191	—	0,268	1,293	0,107
1920	3,642	0,775	1,617	0,175	0,018	0,282	0,022	0,278	1,084	0,148
1921	3,382	0,542	1,622	0,202	0,020	0,429	—	0,542	0,873	0,153
1922	3,933	0,774	1,764	0,188	0,015	0,509	—	0,548	1,233	0,111
1923	3,888	0,739	1,850	0,186	0,012	0,733	—	0,613	1,418	0,306
1924	3,779	0,683	2,315	0,214	0,030	0,718	—	0,243	1,383	0,178
1925	3,298	0,760	2,469	0,278	0,016	0,842	—	0,250	1,413	0,182
1926	3,672	0,604	2,621	0,205	0,017	0,864	—	0,429	1,190	0,163
1927	3,057	0,553	2,327	0,337	0,012	1,148	0,006	0,246	1,455	0,092

Das diesen Zusammenstellungen zugrunde liegende Material ist also immer ein einseitiges. Es wird die Mehrzahl der mit Komplikationen einhergehenden Geburten umfassen. Landesstatistiken geben daher ein genaueres Bild. Diese vorliegende statistische Zusammenstellung dürfte besonders wertvoll sein darum, weil sie in gleicher Weise Stadt- und Landgebiet eines nicht zu großen Staatswesens umfaßt, weil alle Geburtsbescheinigungen und alle Todesbescheinigungen des ganzen Staates an einer einzigen Stelle zusammenlaufen und hier, in der Gesundheitsbehörde, alle einzeln durchgesehen werden. Es ist also ein durchaus einheitliches umfassendes Zahlenmaterial.

Es ist nicht Aufgabe dieser Zeilen, aus der Betrachtung der vorliegenden Zahlenreihen irgendwelche besonderen Schlüsse zu ziehen und anschließend daran Kritik zu üben. Zum kundigen Betrachter der einzelnen Zahlenreihen werden sie durch sich selbst sprechen. Dagegen sollen im folgenden die einzelnen Rubriken näher erläutert und die dabei sich ergebenden Besonderheiten gezeigt werden.

Tabelle 1 gibt die absoluten Zahlen wieder. Vergleicht man die Zahlen dieser Tabelle miteinander, so ergeben sich wohl in einzelnen Rubriken deutliche Unterschiede; so z. B. in der Rubrik „Extraktion bei Beckenendlage", „Künstliche Frühgeburt", „Kaiserschnitt". In manchen Rubriken dagegen scheint sich im Laufe des Vierteljahrhunderts wenig geändert zu haben. Da die Geburtenzahlen aber im Laufe der Jahre 1901 bis 1927 sich weitgehend verändert haben, sind für die einzelnen geburtshilflichen Operationen und Komplikationen die Prozentzahlen im Verhältnis zu den Geborenen berechnet worden. Diese werden in Tabelle 2 wiedergegeben.

Bevor auf die einzelnen Rubriken dieser Tabelle 2 näher eingegangen wird, soll noch kurz auf Tabelle 3 hingewiesen werden. Aus ihr geht deutlich hervor, daß die Gesamtzahl geburtshilflicher Operationen

Tabelle 3.

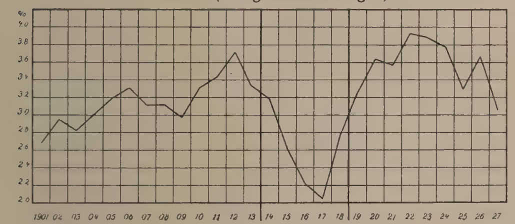
Geburtshilfliche Operationen und Komplikationen.

während der Kriegsjahre bedeutend niedriger liegt als in der Vorkriegszeit, daß die Zahl aber in den Nachkriegsjahren in stetigem, starkem Ansteigen begriffen ist. Wichtig ist dabei das Verhalten der Mortalitätskurven. Die kindliche Mortalitätskurve verläuft ziemlich gleichmäßig während des ganzen Zeitabschnittes. Sie wird durch den wechselvollen Verlauf der Operationskurve in keiner Weise beeinflußt. Die mütterliche Mortalitätskurve zeigt ebenfalls einen verhältnismäßig gleichmäßigen Verlauf und nur eine geringe Erhöhung in der Nachkriegszeit. Man darf daraus vielleicht schließen, daß die Zunahme der geburtshilflichen Komplikationen keine entsprechende Zunahme der Todesfälle Gebärender zur Folge gehabt hat[1].

ZANGENENTBINDUNGEN.

Die Zahl der Zangenentbindungen ist in den Jahren 1901 bis 1912 langsam steigend, während der Kriegsjahre fällt sie stark ab und erreicht 1917 ihren tiefsten Punkt mit 2,05 v. H., steigt dann wieder an und hat ihren höchsten Punkt 1922 mit 3,933 v. H. erreicht, um dann wieder ein wenig abzufallen. Im Mittel beträgt die Zahl der Zangenentbindungen in

Kurve 1. (Zangenentbindungen)



der Vorkriegszeit 3,160 v. H., im Kriege 2,572 v. H. und in der Nachkriegszeit 3,581 v. H.

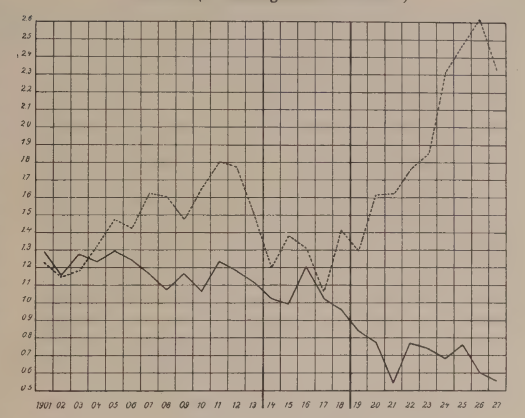
WENDUNG.

Die Zahl der Wendungen ist seit dem Jahre 1905 in stetem Abfallen begriffen und hat nach größtem Tiefstand 1921 und vorübergehendem geringen Ansteigen 1922 und 1925 wieder ihren tiefsten Punkt 1927 erreicht.

Das hat seinen Grund darin, daß die Indikationen für die Wendung im Laufe der Jahre mehr und mehr eingeschränkt worden sind. Die früher übliche prophylaktische Wendung bei engem Becken, die Wendung bei Placenta praevia werden heute so gut wie gar nicht mehr ausgeführt. An ihre Stelle tritt in der neueren Zeit der Kaiserschnitt, der eine entsprechende Zunahme aufzuweisen hat. (Kurve 2, ausgezogene Linie.)

[1] Vgl. *Hans Nevermann:* Zentralbl. für Gynäkologie 1926, Nr. 51a, S. 3402, und Verhandlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, 89. Versammlung zu Düsseldorf 1926, Seite 64.

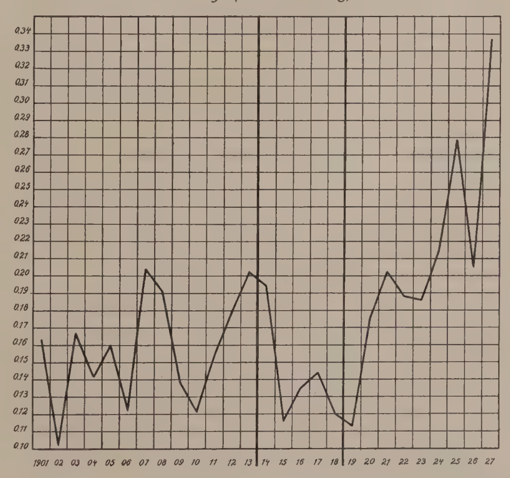
Kurve 2. (Wendung und Extraktion)



EXTRAKTION.

Die Zahl der Extraktionen bewegt sich in den Jahren 1901 bis 1912 in langsam ansteigender Linie mit dem Höhepunkt von 1,802 v. H. im Jahre 1911; während der Kriegsjahre war die Extraktionszahl im Mittel 1,255 v. H., in der Nachkriegszeit ist sie in stetigem Ansteigen bis zum Höhepunkt von 2,621 v. H. im Jahre 1926. Im Jahre 1927 hat sie 2,327 v. H. betragen. Vielleicht ist einer der Gründe für diesen Anstieg darin zu sehen, daß die Zahl der Beckenendlagen, die vor dem Kriege und im Kriege etwa 3 v. H. im Durchschnitt betragen hat, in der Nachkriegszeit allmählich auf 4 v. H. angestiegen ist. Daneben spielen aber sicher noch andere Faktoren eine wichtige Rolle. (Kurve 2, gestrichelte Linie.)

Kurve 3. (Zerstückelung)



ZERSTÜCKELUNG.

Die Zahlen der ausgeführten Zerstückelungen des Kindes sind außerordentlich wechselnd in den einzelnen Jahren. Im Mittel hat die Zahl in der Vorkriegszeit 0,157 v. H., während des Krieges 0,141 v. H., in der Zeit nach dem Kriege aber 0,210 v. H. betragen.

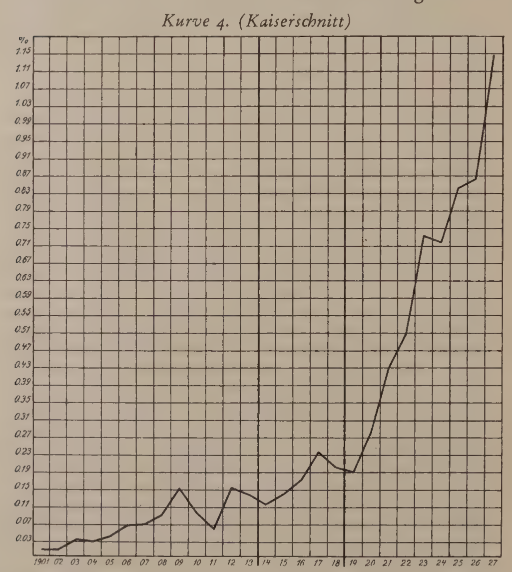
KÜNSTLICHE FRÜHGEBURT.

Die Zahlen für die künstliche Frühgeburt sind an sich nur gering. In der Vorkriegszeit sind die Prozentzahlen verhältnismäßig gleich; in der Zeit seit dem Kriege sind sie bedeutend abgefallen. Das hat seinen Grund darin, daß in den meisten Fällen, in denen früher eine künstliche Frühgeburt angezeigt war, jetzt die abdominelle Schnittentbindung bei voll entwickeltem Kind ausgeführt wird.

KAISERSCHNITT.

Die Zahlen für den Kaiserschnitt zeigen die größten Verschiedenheiten und das stärkste Ansteigen. Seit dem Jahre 1901, in dem die Prozentzahl nur 0,012 v. H. beträgt, wächst die Zahlenreihe stetig. Seit dem Jahre 1919 ist das Ansteigen der Prozentzahlen besonders stark, so daß bei kurvenmäßiger Darstellung ein steiler hoher Anstieg der Kurve zutage tritt, die ihren Höhepunkt 1927 mit 1,148 v. H. erreicht. Dabei ist besonders bemerkenswert, daß die kindliche und die mütterliche Mortalität beim Kaiserschnitt stark abfallen. Während wir 1908 noch eine mütterliche Mortalität von 30 v. H., 1917 noch eine von 20 v. H. zu verzeichnen haben, ist die mütterliche Mortalität in der Nachkriegszeit am höchsten im Jahre 1923 mit 9 v. H., hat 1925 nicht ganz 8 v. H., 1926 noch 5 v. H. und 1927 nur noch 1 v. H. betragen. Auch die kindliche Mortalität beim Kaiserschnitt ist mit 10 v. H. im Jahre 1926 und 4 v. H. im Jahre 1927 sehr günstig zu bezeichnen im Vergleich zu 17 bis 29 v. H. in den Vorkriegs- und Kriegsjahren. Das starke Ansteigen der Kaiserschnittzahlen hat seinen Grund einmal in der verbesserten operativen Technik der letzten Jahre, die ihrerseits auch wieder die Mortalitätszahlen günstig beeinflußt. Dann aber ist als Folge hiervon das Indikationsgebiet für den Kaiserschnitt wesentlich vergrößert worden. Frauen mit engem Becken, Placenta praevia, Eklampsie werden heute in der Mehrzahl der Fälle durch den Kaiserschnitt entbunden.

Kurve 4. (Kaiserschnitt)



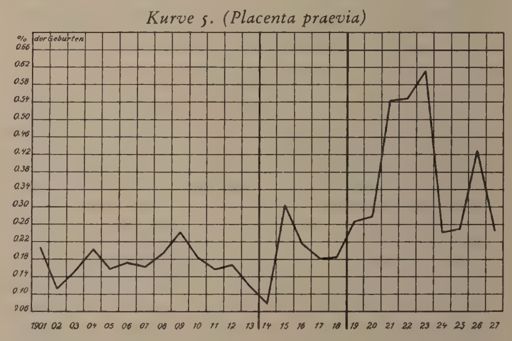
KAISERSCHNITT NACH DEM TODE.

Der Kaiserschnitt nach dem Tode spielt keine irgendwie nennenswerte Rolle bei der Betrachtung geburtshilflicher Operationen. Er ist in den letzten 27 Jahren in Hamburg nur 18mal ausgeführt worden. Leider ist dieser Operation 17mal der Erfolg versagt geblieben, und nur ein einziges Mal konnte ein lebendes Kind erzielt werden.

PLACENTA PRAEVIA.

Pankow[1] gibt an, daß man auf Grund größerer Statistiken die Häufigkeit der Placenta praevia etwa mit 0,1 v. H. anzunehmen hat. Das vorliegende Hamburger Zahlenmaterial weist aber wesentlich höhere Werte auf. In der Vorkriegszeit betragen die Zahlen im Mittel 0,172 v. H., im Kriege ist das Mittel 0,212 v. H., nach dem Kriege erreicht das Mittel die Zahl 0,379 v. H. Dabei ist besonders

Kurve 5. (Placenta praevia)



auffallend die Zahl in den Jahren 1921 mit 0,542 v. H., 1922 mit 0,548 v. H. und 1923 mit 0,613 v. H. Die Ätiologie der Placenta praevia ist ja noch keineswegs klargestellt. Vielleicht hat aber doch der Gesundheits- und Kräftezustand der

[1] In *Halban-Seitz:* Biologie und Pathologie des Weibes, Band VIII, 1. Teil, Seite 20f.

Mutter einen gewissen Einfluß auf das Zustandekommen dieses Ereignisses. Es ist ja erwiesen, daß bei Mehrgebärenden wesentlich häufiger eine Placenta praevia zu beobachten ist als bei Erstgebärenden. Es könnte also vielleicht neben anderem eine gewisse Schlaffheit der Uterusmuskulatur, ein herabgesetzter Turgor des Gewebes mit eine Rolle spielen. In den Jahren 1920—1923 ist der Ernährungszustand und Kräftezustand unserer Bevölkerung gewiß ein herabgesetzter gewesen. Und gerade in diesen Jahren liegen die Höchstzahlen der Placenta praevia. Ob daneben auch eine von *Poorten*[1] angenommene herabgesetzte Lebensenergie der befruchteten Eizelle, die aus dem eben Gesagten auch für diese Zeit denkbar wäre, mitbestimmend wirkt, bleibe dahingestellt.

Infolge der veränderten Behandlung in der jüngeren Zeit (vgl. Abschnitt: Kaiserschnitt) haben sich die Mortalitätsverhältnisse bei der Placenta praevia weitgehend verbessert. Während wir bis zum Jahre 1919 noch kindliche Mortalitätszahlen zwischen 40 und 80 v. H. zu verzeichnen haben, ist jetzt die kindliche Mortalität nur noch etwa 30 v. H. Und die mütterliche Mortalität ist auch im allgemeinen niedriger geworden, wenn sie sich auch noch in Zahlen bis zu 10 v. H. hinauf bewegt.

NACHGEBURTSPERIODE.

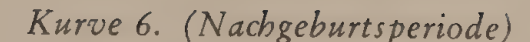
Die Zahlen der Fälle, bei denen Störungen in der Nachgeburtsperiode vorgelegen haben, sind in der Vorkriegszeit und während des Krieges ziemlich gleich. Im Mittel haben wir in der Vorkriegszeit 1,009 v. H., in der Kriegszeit 1,000 v. H. In der Nachkriegszeit liegt das Mittel mit 1,260 v. H. etwas höher. Auf diese Erscheinung ist bereits von verschiedenen andern Autoren (u. a. *Stoeckel, Sellheim, Küstner)* hingewiesen worden. Man hat das mit der Unterernährung und einer nicht günstig zusammengesetzten Ernährung in der Kriegs- und Nachkriegszeit in Zusammenhang gebracht. Denn daß die Ernährung einen oft wesentlichen Einfluß auf den Genitalapparat und seine Funktionen ausübt, ist hinreichend erwiesen und bekannt. Für diese hier vorliegenden Störungen kommt in erster Linie eine gewisse Muskelschwäche des Uterus in Betracht.

EKLAMPSIE.

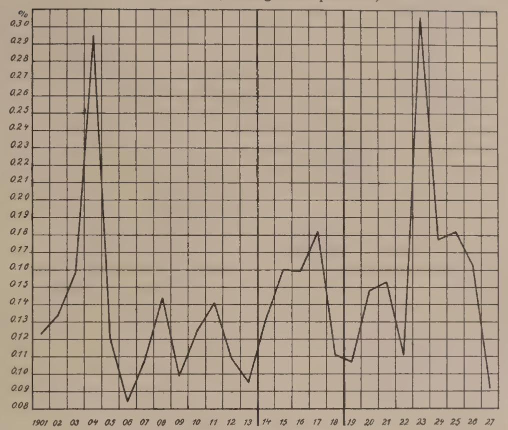
Die Zahlen der an Eklampsie erkrankten Frauen sind sehr wechselnd. In der Vorkriegszeit ist das Jahr 1904 mit 0,295 v. H. bemerkenswert und aus dem Rahmen der andern Jahre etwas herausfallend. In der Nachkriegszeit fällt das Jahr 1923 mit 0,306 v. H. besonders in die Augen.

[1] In *Halban-Seitz:* Biologie und Pathologie des Weibes. Band VIII, 1. Teil, Seite 7.

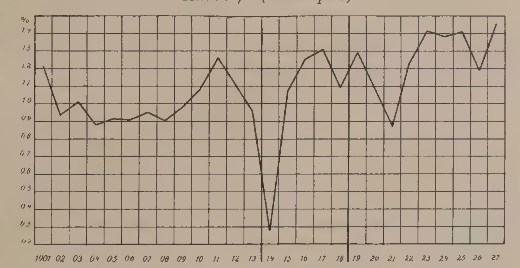
10*



Kurve 6. (Nachgeburtsperiode)



Kurve 7. (Eklampsie)



Das Mittel hat in der Vorkriegszeit 0,134 v. H. betragen, in der Kriegszeit 0,148 v. H., in der Nachkriegszeit dagegen 0,160 v. H. Man hat geglaubt, daß Ernährung, Witterungs- oder sonstige äußere Faktoren das Auftreten der Eklampsie beeinflussen könnten. Es ist an andern Untersuchungen des gleichen Materials aber gezeigt worden, daß das nicht der Fall ist[1].

Die Mortalität der Kinder hat in der Vorkriegszeit bis zu 55 v. H. betragen. Seit dem Jahre 1920 ist sie aber im Abfallen und hat 1926 nur noch 10 v. H., 1927 noch 13 v. H. betragen. Die Mortalität der Mütter ist in den Jahren bis 1923 oft noch recht hoch gewesen. 1924 war nur noch eine mütterliche Mortalität von 10 v. H., 1925 von 12,5 v. H., 1926 von 7,5 v. H. zu verzeichnen. Die Eklampsien des Jahres 1927 waren aber wieder sehr schwer und haben eine mütterliche Mortalität von 46,6 v.H. gezeigt.

Die beigefügten Kurven 1—7 zeigen in übersichtlicher Weise die Häufigkeit der einzelnen geburtshilflichen Operationen und Komplikationen im Laufe der Jahre 1901 bis 1927 im Verhältnis zur Gesamtzahl der Geborenen.

[1] *Hans Nevermann:* Archiv für Gynäkologie, Band 132, Seite 295.

DIE ORGANISATION DER GESUNDHEITSBEHÖRDE

VON PHYSIKUS DR. MED. KURT HOLM

DAS gesamte Gesundheitswesen des hamburgischen Staates wird von der Gesundheitsbehörde geleitet. In ihrer heutigen Form besteht die Behörde, abgesehen von wenigen später hinzugekommenen Änderungen, seit dem Gesetz über das Gesundheitswesen vom 15. März 1920, das am 1. April desselben Jahres in Kraft trat. Die Gesundheitsbehörde ist Landesbehörde und durch Überwiegen des städtischen Anteils im Staate Hamburg gleichzeitig auch Kommunalbehörde und vereinigt in sich die Aufgaben und Eigenschaften einer oberen und einer unteren Verwaltungsbehörde. Es ist selbstverständlich, daß durch diese Eigentümlichkeit einerseits die Mitarbeit bei großen und das Reich angehenden Fragen durch die Gesundheitsbehörde als Fachbehörde im Auftrage des Senats stattfindet und auf der andern Seite gleichzeitig in den verschiedenen Dienstzweigen die Bearbeitung sich bis zur untersten Verwaltung ausdehnt. Durch diese Zweiteilung der Aufgaben, einer oberen und einer unteren Verwaltungsbehörde, wird der Dienst in ganz besonderer Weise vielseitig und lebendig. Die grundlegenden Fragen in der Gesetzgebung des Gesundheitswesens durchdringen sich hier wechselseitig mit den ausführenden Maßnahmen bis zur untersten Dienststelle.

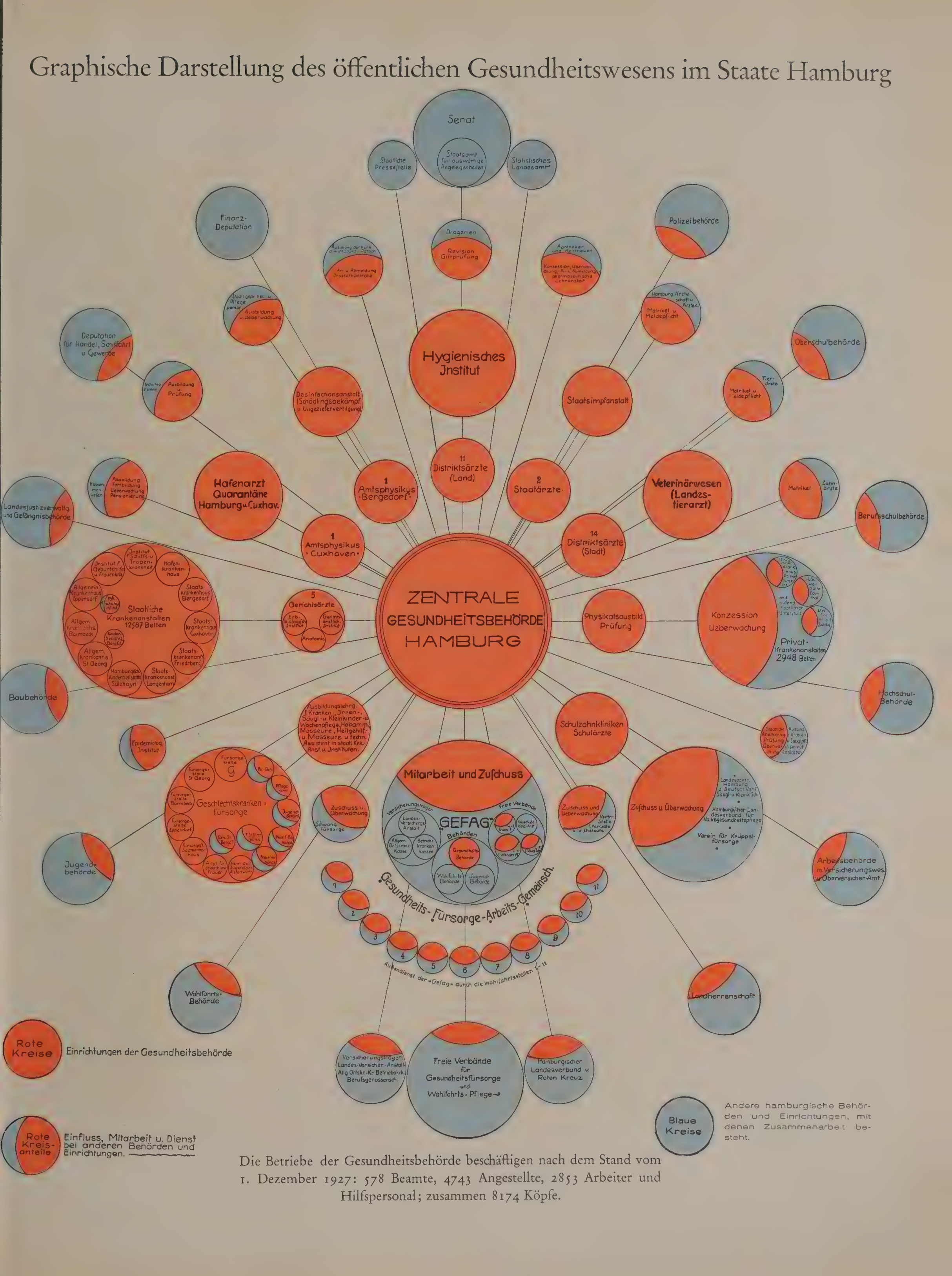
Die Behörde besteht aus einem präsidierenden Senator, einem bürgerlichen Mitgliede der Finanzdeputation und acht von der Bürgerschaft auf je vier Jahre gewählten Mitgliedern. Die Form der „Behörde" nach dem Vorbilde der in Hamburg geschichtlich begründeten und bewährten Deputationen ist eine hamburgische Eigentümlichkeit, von der abzugehen nach den vielfachen guten Erfahrungen kein Grund vorlag. Durch diese Form ist die Verbindung mit den gesetzgebenden Körperschaften, wie auch mit weiten politischen, wirtschaftlichen und sozialen Kreisen laufend gesichert. Außerordentliche Überraschungen und Unannehmlichkeiten sind durch die Art der fortdauernden Verbindung ausgeschlossen. An den Sitzungen nehmen mit beratender Stimme teil: der Präsident, als oberster Beamter der Behörde, der nach dem Gesetz immer ein Arzt sein muß und Vorgesetzter sämtlicher Beamten und Angestellten ist, ferner der zur Vertretung vorgesehene Physikus und der Oberverwaltungsdirektor.

Der Aufgabenkreis der Gesundheitsbehörde wird durch die graphische Darstellung ungefähr umrissen. Die rot gezeichneten Kreise stellen Eigenbetriebe und direkte Einflußnahmen der Behörde dar, während mit den durch die andern Kreise bezeichneten Dienststellen und Einrichtungen engere Zusammenarbeit besteht. Kurz zusammengefaßt handelt es sich um folgende Arbeitsgebiete, die der Gesundheitsbehörde als Verwaltungsbehörde mittelbar unterstehen:

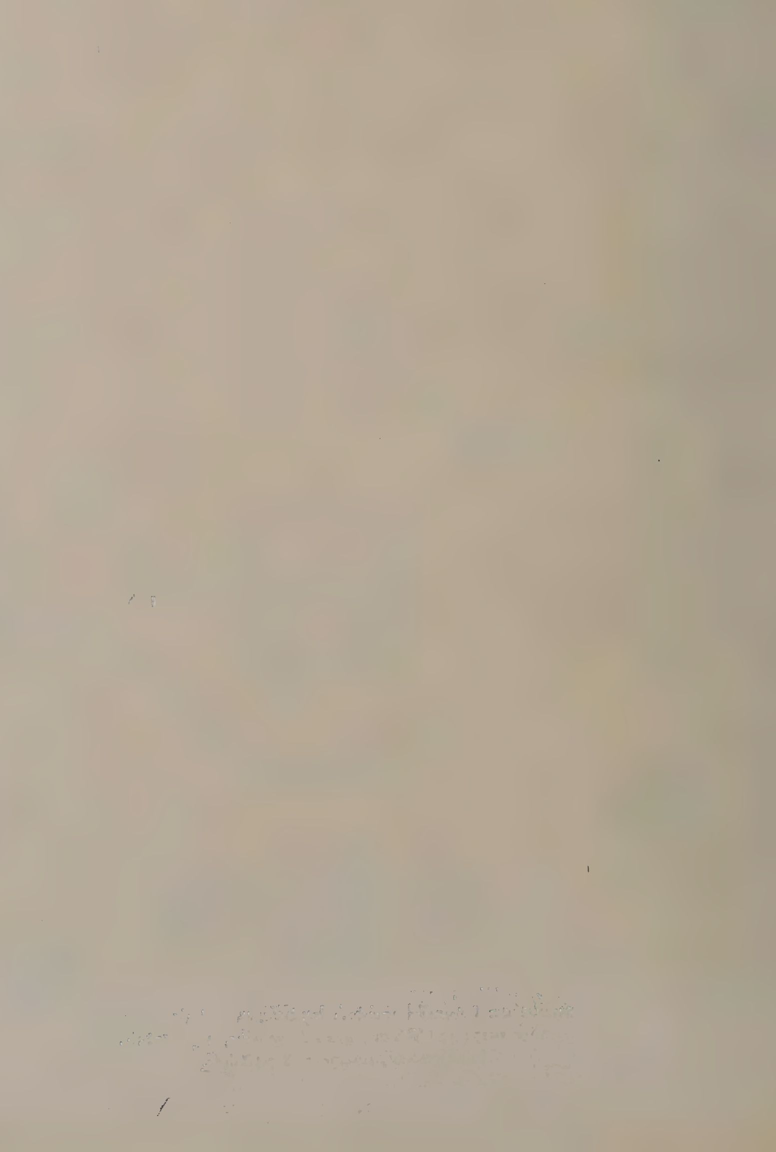
- die sämtlichen staatlichen Krankenanstalten, einschließlich des Instituts für Geburtshilfe und des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten,
- das hygienische Institut,
- die Staatsimpfanstalt,
- der hafenärztliche, der stadtärztliche, der distriktsärztliche Dienst,
- der gerichtsärztliche Dienst,
- der schulärztliche und der schulzahnärztliche Dienst,
- der gesundheitliche Fürsorgedienst,
- das Apothekenwesen und die pharmazeutische Lehranstalt,
- das Hebammenwesen u. die Krankenpflegeschulen,
- das Desinfektionswesen,
- das Veterinärwesen,
- der ärztliche und tierärztliche Dienst bei andern Behörden.

Über diese unmittelbar unterstellten Dienstzweige hinaus ist die Gesundheitsbehörde zuständig für die Begutachtung aller gesundheitlichen Angelegenheiten des hamburgischen Staates, so daß andere Behörden zur Einholung ihres Gutachtens gehalten sind. Es untersteht ihr auch die Überwachung des ärztlichen Dienstes bei andern Behörden, z. B. der Jugendbehörde, der Wohlfahrtsbehörde und der Gefängnisbehörde, und in gleicher Weise ist sie auch für den tierärztlichen Dienst anderer Behörden zuständig. Die Gesundheitsbehörde ist verpflichtet, alle Einrichtungen und Zustände, die für die öffentliche Gesundheits- und Krankenpflege von Bedeutung sind, zu überwachen, bei drohenden und eingetretenen Gefahren für die Volksgesundheit, insbesondere bei Seuchen, schleunigst die nötigen Ermittelungen anzustellen, die erforderlichen Anordnungen zu treffen und das weiter Notwendige bei den zuständigen Stellen zu beantragen. Zu ihren Aufgaben gehören weiter die vorbeugende Gesundheitspflege, die Säuglingsfürsorge und die Bekämpfung von Volkskrankheiten, tunlichst in Verbindung mit den dazu berufenen Organisationen. — Der Gesundheitsbehörde untersteht das Meldewesen der Geburten durch Ärzte und Hebammen, die ärztliche Leichenschau und das Meldewesen der ansteckenden Krankheiten. Die Behörde überwacht die Ausübung der Heilkunde, sie erteilt und entzieht die Erlaubnis für

Graphische Darstellung des öffentlichen Gesundheitswesens im Staate Hamburg



Die Betriebe der Gesundheitsbehörde beschäftigen nach dem Stand vom 1. Dezember 1927: 578 Beamte, 4743 Angestellte, 2853 Arbeiter und Hilfspersonal; zusammen 8174 Köpfe.



private Entbindungs-, Kranken- und Irrenanstalten und sie ist verpflichtet, diese und die wohltätigen Krankenanstalten regelmäßig zu kontrollieren. — Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Hebammen, Trichinenschauer und Hufschmiede haben der Gesundheitsbehörde die Berechtigung zur Ausübung ihres Berufes nachzuweisen; die Behörde ist für die Zurücknahme von Approbationen und Prüfungszeugnissen nach der Reichsgewerbeordnung zuständig. In den eigenen Instituten, Krankenhäusern und Betrieben führt die Gesundheitsbehörde die Ausbildung und Prüfung des gesamten staatlich anerkannten unteren Heil- und Pflegepersonals durch, ferner der technischen Assistentinnen an medizinischen Instituten, der Hebammen sowie der Trichinenschauer, der Hufschmiede und Desinfektoren, und neuerdings wird die sozialhygienische Ausbildung für das Physikat auch in eigenen Betrieben durchgeführt. Für die sämtlichen vorgenannten Ausbildungszweige eigener Schulen geschieht die Prüfung durch Beauftragte der Gesundheitsbehörde, und für die staatlich anerkannten Pflegeschulen privater Anstalten wird neben der ebenfalls behördlich durchgeführten Prüfung eine ständige Überwachung dieser Schulen beobachtet. Die Errichtung, Leitung und Verwaltung der Apotheken sind von der Behörde zu genehmigen. Sie begutachtet auf Gerichtsersuchen die Angemessenheit von Rechnungen von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apotheken, Hebammen und von staatlich geprüftem unteren Heil- und Pflegepersonal, und sie überwacht zusammen mit der Polizeibehörde die Herstellung und den Vertrieb von Arzneien und Geheimmitteln, auch außerhalb der Apotheken. — Für die Gerichte sind der Hafenarzt und die Stadtärzte in allen Fragen der Gesundheitspflege die amtlichen ärztlichen Sachverständigen, während die Gerichtsärzte die entsprechenden Aufgaben haben, soweit sich die Gutachtertätigkeit auf die Gesundheit, die Geburt und den Tod von Personen bezieht. Sofern nicht besondere Ärzte von einzelnen Behörden angestellt sind, sind die Physici auch die Gutachter und Vertrauensärzte aller andern Behörden. Obergutachten werden von besonderen dreigliedrigen Ausschüssen, deren Zusammensetzung vom Präses der Gesundheitsbehörde angeordnet wird, erteilt.

Eine dieser Vielseitigkeit entsprechende Dienstteilung und Organisation des Geschäftsbetriebes bringt die nötige Übersicht bei Vermeidung einer Überlastung der zentralen Geschäftsstelle der Behörde.



Gebäude der Gesundheitsbehörde (Vorderansicht)

Durch Gesetz und Geschäftsordnung ist festgelegt, welche Angelegenheiten der Erledigung durch Senat und Bürgerschaft gemeinschaftlich (zu vergleichen dem Kabinett und Parlament), oder durch den Senat allein vorbehalten sind, welche in die Zuständigkeit der Behörde gehören, welche durch den vorsitzenden Senator zu entscheiden sind und welche schließlich von dem obersten Beamten der Behörde, dem Präsi-

denten, unmittelbar angeordnet werden können. — Dem Präsidenten stehen in der Zentrale an Oberbeamten ein Physikus, als sein ständiger Stellvertreter, der Oberverwaltungsdirektor, zwei Stadtärzte, zwei Hilfsärzte, ein beamteter Vertreter für das Apothekenwesen und ein zahnärztlicher Hilfsarbeiter zur Seite. Innerhalb der Geschäftsstelle der Behörde ist die Bearbeitung der verschiedenen Angelegenheiten auf sieben Abteilungen verteilt. In allen größeren Abteilungen der Geschäfsstelle kehren als Spiegelbild der doppelten Aufgaben der Behörden, als obere und als untere Verwaltungsbehörde und als Landes- und als Kommunalbehörde, auch diese doppelten Arbeitsgebiete wieder. — Zahlreich sind die Verbindungen engerer Zusammenarbeit mit andern staatlichen und sonstigen Einrichtungen, über die in großen Zügen die tabellarische Darstellung unterrichtet und zu der Einzelausführungen in weiteren Kapiteln dieses Buches zu finden sind. — Zum Schluß sei bemerkt, daß, wenn auch nicht restlos alle Arbeitsgebiete, die man folgerichtig zum Gesundheitswesen rechnen müßte, in der Gesundheitsbehörde als Rechtsnachfolgerin des früheren Medizinalkollegiums und des früheren Krankenhauskollegiums vereinigt sind, so bestehen in dieser Beziehung doch nur verhältnismäßig geringe Lücken. Da außerdem im Staate Hamburg keine Zweiteilung staatliches und kommunales Gesundheitswesen trennt, ist die Organisation des Gesundheitswesens in der Form der heutigen Gesundheitsbehörde nahezu vorbildlich abgerundet und reibungslos.

Gebäude der Gesundheitsbehörde (Rückansicht mit Hochbahntunnel)

Die Geschäftsstelle der Gesundheitsbehörde ist seit März 1927 in einem neuen Gebäude am Besenbinderhof untergebracht. Die Vorderansicht und die Rückfront dieses Gebäudes sind im Bilde wiedergegeben. Der zweite, dritte und vierte Stock werden eingenommen von den Dienststellen der Behörde selber. In diesen Räumen sind untergebracht: die Dienstzimmer des präsidierenden Senators, des Präsidenten, des Oberverwaltungsdirektors, der Physici (Stadtärzte, Gerichtsärzte und Vertreter des Präsidenten), der ärztlichen Hilfsarbeiter, des beamteten Vertreters für das Apothekenwesen, des zahnärztlichen Hilfsarbeiters, der technischen Gesundheits- und Baubeamten, die Geschäftsräume der sieben großen Abteilungen, die Sitzungssäle, das ärztliche Laboratorium, die photographischen Räume und die Bibliothek. Die unteren Stockwerke, die an der Rückfront infolge des abfallenden Geländes noch um zwei Stockwerke tiefer reichen als an der Straße, werden von der staatlichen Geschlechtskranken-Fürsorgestelle und verschiedenen freien Verbänden, die sich der Gesundheitsfürsorge widmen, eingenommen. Hier sind zu nennen: die Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz, der Landesverband für Volksgesundheitspflege und die Zentralstelle für Kinderverschickung, der Verein für Krüppelfürsorge und die Beratungsstelle für Eheleute und Verlobte. In dem Speiseraum der Lehrküche des Vereins für Krüppelfürsorge nehmen fast sämtliche Beamten und Angestellten der Gesundheitsbehörde täglich ein von den lernenden Krüppelkindern hergestelltes warmes Frühstück ein, für das nur ein bescheidener Preis zu entrichten ist.

DIE HAMBURGISCHE ÄRZTEKAMMER

VON DR. E. WOLFFSON

SCHRIFTFÜHRER DER HAMBURGISCHEN ÄRZTEKAMMER

DURCH die Ärzteordnung vom 21. Dezember 1894 wurde erstmalig für das hamburgische Staatsgebiet eine *Ärztekammer* eingerichtet, der sämtliche approbierten Ärzte des hamburgischen Staatsgebietes unterstellt wurden. Die Rechte und Befugnisse der Kammer wurden durch die Ärzteordnung vom 8. Oktober 1923 in verschiedener Hinsicht geändert; aber auch dieses Gesetz wurde schon nach wenigen Jahren wieder aufgehoben.

Die am 6. April 1927 in Kraft getretene, jetzt gültige Ärzteordnung bestimmt, daß alle in ihrem Beruf tätigen Ärzte, die im hamburgischen Staatsgebiet ihren Wohnsitz haben, und die auswärts wohnenden Ärzte, die im hamburgischen Staatsgebiet die Heilkunde auszuüben beabsichtigen, in die Matrikel der hamburgischen Ärzte aufgenommen werden und den Entscheidungen der Ärztekammer unterworfen sind. Letzteres gilt für beamtete Ärzte nur insoweit, als es sich um ihre außeramtliche Tätigkeit handelt.

Von den *Verpflichtungen* und den *Befugnissen* der *Kammer* seien erwähnt: Die Vorschrift, die Interessen des ärztlichen Berufes wahrzunehmen; die Wahl von fünf Ärzten, darunter mindestens einer Ärztin, in die wissenschaftliche Abteilung der Gesundheitsbehörde; die Wahl der ärztlichen Beisitzer zum Ärztegericht und zum Ärztegerichtshof sowie eines Vertreters der Ärztekammer für die Wahrnehmung ihrer Belange vor den ärztlichen Gerichten; die Erhebung eines jährlichen Beitrages zur Deckung ihrer Kosten, zu denen auch die *Fürsorgemaßnahmen* für in Not geratene Ärzte und ihre Hinterbliebenen gehören. Ein besonderer Ausschuß der Kammer beschließt über die erforderlichen einmaligen und laufenden Unterstützungen. Ein Rechtsanspruch auf diese Hilfeleistungen besteht nicht[1].

Die Kammer setzt sich aus 21 Mitgliedern zusammen, die auf vier Jahre gewählt werden. Der Vorstand besteht aus fünf Ärzten, die für zwei Jahre gewählt werden. Zu den *Aufgaben des Vorstandes* gehört eine vermittelnde Tätigkeit bei Streitigkeiten, die sich auf die Ausübung des ärztlichen Berufs beziehen. Auf Ersuchen beider Parteien hat er einen bindenden Schiedsspruch abzugeben. Der Vorstand ist ferner befugt, wenn ein Arzt gegen die Verpflichtung, seine Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben und sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert, verstößt, ihn auf das *Unangemessene* seines Verhaltens *aufmerksam zu machen* oder ihm eine *Warnung* oder einen *Verweis* zu erteilen. Erscheint eine schärfere Ahndung angemessen, so kann der Vorstand den Fall an das Ärztegericht zur Aburteilung verweisen. Politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes, sowie Verhandlungen und Vertragsabschlüsse zwischen Ärzten und sozialen Versicherungsorganen bilden niemals den Gegenstand eines ärztegerichtlichen Verfahrens.

Das *Ärztegericht* kann in den ihm vom Vorstand der Kammer überwiesenen Sachen auf *Warnung*, *Verweis* oder *Geldstrafe* bis zu 3000 Reichsmark, auch neben der Geldstrafe oder unabhängig von ihr auf *Aberkennung der Wahlberechtigung* und der *Wählbarkeit* zur Ärztekammer auf Zeit oder Dauer erkennen. In besonderen Fällen kann auf *Veröffentlichung* der Entscheidung und ihrer Begründung erkannt werden.

Das Ärztegericht entscheidet ferner über Berufung, die gegen vom Vorstand erteilte Warnungen oder Verweise eingelegt ist.

Das Ärztegericht besteht aus einem Vorsitzenden, vier Beisitzern und ihren Stellvertretern. Das Präsidium des Landgerichts Hamburg ernennt den Vorsitzenden aus der Zahl der hamburgischen Landgerichtsdirektoren, sowie einen Beisitzer und einen Stellvertreter aus der Zahl der hamburgischen Richter. Die Ärztekammer ernennt drei Beisitzer und zwei Stellvertreter aus der Zahl der hamburgischen wahlberechtigten und wählbaren Ärzte, die nicht Mitglieder des Vorstandes der Kammer sein dürfen. Ein vom Senat alljährlich zu bestimmender Richter kann mit der Führung der Voruntersuchung beauftragt werden. Zu einer Verurteilung ist eine Mehrheit von vier Fünfteln der Stimmen erforderlich.

Gegen die Entscheidung des Ärztegerichts steht dem Vorstand der Kammer und dem betreffenden Arzt die Berufung an den *Ärztegerichtshof* zu, der aus einem Vorsitzenden, acht Beisitzern und sechs Stellvertretern besteht. Der Vorsitzende wird vom Präsidium des Hanseatischen Oberlandesgerichts aus der Zahl der hamburgischen Mitglieder dieses Gerichts ernannt, ebenso zwei Beisitzer und zwei Stellvertreter aus der Zahl der hamburgischen Richter.

[1] Eine allgemeine Versicherung der Hamburger Ärzte konnte nicht eingeführt werden, weil die Kassenärztliche Vereinigung für ihre Mitglieder eine Zwangsversichetung bereits vor Inkrafttreten der Ärzteordnung geschaffen hatte.

Die Ärztekammer ernennt drei Beisitzer und zwei Stellvertreter, nach den für das Ärztegericht gültigen Bestimmungen, die Gesundheitsbehörde drei Beisitzer und zwei Stellvertreter, die nicht Ärzte sein dürfen. Zu einer Verurteilung ist eine Mehrheit von sieben Neunteln der Stimmen erforderlich.

Die Verhandlungen vor dem Ärztegericht und dem Ärztegerichtshof und die Verkündung des Urteils sind öffentlich, doch kann unter bestimmten Voraussetzungen die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden. Je nach der gefällten Entscheidung können die *Kosten* dem Angeklagten ganz oder teilweise auferlegt werden bzw. treffen sie die Kasse der Gesundheitsbehörde und der Ärztekammer zu gleichen Teilen. Die einkommenden Geldstrafen fallen der Ärztekammer für Unterstützungen zu.

Die Ärzteordnung bestimmt, daß die auf Grund des Gesetzes zu erlassenden Ausführungsbestimmungen der Genehmigung der Gesundheitsbehörde unterliegen. Unter dem Namen *„Richtlinien für die Ausübung des ärztlichen Berufes“* sind sie am 27. Oktober 1927 von der Gesundheitsbehörde genehmigt worden und entsprechen den in andern deutschen Ländern gültigen Standesordnungen.

DIE ORGANISATION DER HAMBURGISCHEN ÄRZTESCHAFT IM HARTMANNBUND

VON DR. MED. H. SCHMITZ-PEIFFER

DIE Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der hamburgischen Ärzteschaft liegt in den Händen des Landesverbandes Hamburg des Hartmannbundes (e. V.).

Der Vorstand des Landesverbandes sieht es als seine Aufgabe an, die Bestrebungen des Hartmannbundes in straffer Organisation zu verwirklichen, die Ärzte in wirtschaftlichen und Standesfragen zu beraten, notleidende Ärzte oder deren Hinterbliebene zu unterstützen.

In engster Fühlungnahme mit den beiden kassenärztlichen Organisationen sucht der Hartmannbund seiner Aufgabe gerecht zu werden, was ihm nicht unwesentlich dadurch erleichtert wird, daß sich die Vorstände dieser drei großen Organisationen in der Personenfrage gegenseitig ergänzen.

Die Geschäfte führt ein sechsköpfiger Vorstand, der die laufenden Geschäfte erledigt, allwöchentlich in einer Sitzung die Tagesfragen bespricht und dem Beirat und der Mitgliederversammlung verantwortlich ist.

Der „Landesverband Hamburg des Hartmannbundes“ umfaßt zur Zeit 1080 Mitglieder, somit fast die Gesamtheit der hamburgischen Ärzteschaft (exkl. Assistenten), die „Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs“ (Hamburg, Altona, Wandsbek) zählt 600 Mitglieder, während der „Verein freigewählter Kassenärzte“, der auf dem Boden der freien Arztwahl Verträge mit Krankenkassen abschließt (Kaufmännische Ersatzkassen u. a.), 765 Mitglieder hat.

Dem Hartmannbund gibt eine *„Darlehnskasse“* die Möglichkeit, alten und jungen Hamburger Ärzten in Krankheit und Not, wenn auch in bescheidenem Maße, zu helfen. Die Not der jungen Ärzte berücksichtigt der *„Vertrag für die ärztliche Tätigkeit beim Wohlfahrtsamt“*, in dem Bestreben, möglichst junge, zur Kassenpraxis nicht zugelassene Ärzte heranzuziehen. Die Einführung der



Sitzungszimmer der Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs



Zimmer des Geschäftsführers der Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs

Dem Hartmannbund ermöglicht dauernde Fühlungnahme mit der „*Gesundheitsbehörde*“, an allen Fragen der Volksgesundheitspflege, der Fürsorgeeinrichtungen u. a. interessiert zu bleiben. Bei richtiger Einschätzung der „*sozialen Fürsorgebestrebungen*“ der heutigen Zeit beteiligt er die Ärzteschaft an der Mitwirkung in der „Beratungsstelle für Eheleute und Verlobte“ sowie in den „Beratungsstellen für Schwangere“. Nach seiner Auffassung muß der *ganze* Ärztestand bei der Lösung dieser so wichtigen Fragen mitwirken und sie nicht einzelnen Kreisen überlassen. Unter Mitwirkung der Gesundheitsbehörde *vermittelt* der Hartmannbund für alle Hamburger Ärzte-*Vertretungen* und hat hierdurch eine unbedingt notwendige Kontrollstelle, deren Erfahrungen auf diesem Gebiete der Gesamtheit zunutze kommen.

Die Zugehörigkeit zum Vorstand der „*Ärztekammer*“ sichert dem Hartmannbund die Möglichkeit, in all diesen und ähnlichen Fragen seine Ansicht zur Geltung zu bringen.

Als Geschäftsführer des Kuratoriums der Schule für Volksgesundheitspflege im „*Nordischen Rundfunk*“ hat er die Gewähr übernommen, volkstümlich gehaltene Vorträge aus dem großen Gebiet der Gesundheitspflege zur Verfügung zu stellen.

In seinem Vorstand und Beirat vereinigt der „Hartmannbund“ durch entsprechende Vertreter die Interessen der „Medizinischen Fakultät“, der „Reichs-Notgemeinschaft der Deutschen Ärzte“, der „Oberärzte der Staatskrankenhäuser“, der „Assistenten der Staats- und Charitativen Krankenhäuser“, der „Wissenschaftlichen Vereine“ (Ärztlicher Verein, Facharztverband) und *zwingt so alle Hamburger Ärzte,* nicht nur zum eigenen Wohl, sondern auch zum Wohl der Bevölkerung Hamburgs *mitzuarbeiten. Vor dem Kriege* sah es in Hamburg mit der Organisation anders aus. Nur ein ganz lockeres Band der Zusammengehörigkeit umschloß damals die wenigen, sich für wirtschaftliche Fragen interessierenden Kassenärzte. Als diese aus dem Kriege heimkehrten, fanden sie durch ein gütiges Geschick und die weise Vorsorge des jetzigen Präsidenten des Gesundheitsamtes, Herrn *Prof. Pfeiffer,* ihre Kassenarztstellen offengehalten. Eine bereits vor dem Kriege in Hamburg bestehende „Arbeitsgemeinschaft der Ärzte und Krankenkassen“, die

freien Arztwahl war beim Wohlfahrtsamt nicht möglich.

Die „*Fürsorgeeinrichtungen der Vereinigung der Kassenärzte Groß-Hamburgs*“ wirken sich bereits in starkem Maße aus. Seit 1. Dezember 1925 sind sämtliche Mitglieder durch einen Kollektivvertrag bei der „Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands“ versichert, soweit sie das 55. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten. Die Mitglieder haben *Rechtsanspruch* auf eine Grundrente in Höhe von

1. 1800 Rm. jährliche Invaliden- und Altersrente.
2. 1800 Rm. jährliche Hinterbliebenenrente.
3. 720 Rm. jährliche Rente für Doppelwaisen u. 360 Rm. jährliche Rente für einfache Waisen.

Für die aufgeführten Grundrenten wird eine *Jahresprämie* von Rm. 734.40 durchschnittlich von jedem Mitglied erhoben.

Ein *freiwilliger Beitritt* unter besonderen Bedingungen ist auch Nichtmitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung möglich.

Daneben besteht eine „*Versorgungskasse*“ für diejenigen Ärzte, die nicht mehr Mitglieder der Versicherungskasse sein können. Diese Kasse gewährt

1. 1200 Rm. jährliche Invaliden- oder Altersrente.
2. 1200 Rm. jährliche Witwenrente.
3. 240 Rm. jährliche Waisenrente.

Eine *Sterbekasse* gibt im Todesfalle eine zeitgemäße Beihilfe, zur Zeit in Höhe von 2000 Rm. Ärztefrauen und Ärztetöchter finden auf den Bureaus Arbeit und Verdienst.

In vorbildlicher Weise hat so die Vereinigung der Krankenkassenärzte für ihre Mitglieder gesorgt.

sogenannte „Einigungskommission“, regelte die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, bis 1921 „Die Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs“ als vertragsabschließendes Organ die rechtlichen Beziehungen der Ärzte zu den Kassen regelte. Nach den Gesetzes- und Vertragsbestimmungen umfaßt die Vereinigung 600 ordentliche Mitglieder für Groß-Hamburg und 110 außerordentliche Mitglieder.

In der *Nachkriegszeit* schweißte die wirtschaftliche Not auch die Ärzte Hamburgs enger zusammen. Im Verein mit den beiden kassenärztlichen Organisationen gelang es, ein enges Band der *Zusammengehörigkeit* um alle Ärzte Hamburgs *im Sinne des Hartmannbundes* zu legen. Der Ärztliche Verein und andere wissenschaftliche Vereinigungen schlossen sich an und verpflichteten ihre Mitglieder zur Zugehörigkeit zum Hartmannbund, so daß bald ein harmonisches Zusammenarbeiten in allen Standes- und Wirtschaftsfragen ermöglicht wurde.

Es ist nicht leicht, in einer Großstadt wie Hamburg eine Gesamtheit von über tausend Ärzten für eine gemeinsame Idee und vor allem für allgemeine, die Gesundheit der Bevölkerung betreffende Ziele dauernd zu erwärmen.

Trotzdem hat uns die Erfahrung der letzten Jahre gelehrt, daß wir auf dem rechten Wege sind, wenn wir *alle Ärzte* nicht nur zu interessieren versuchen, sondern auch nach Möglichkeit zur *praktischen Arbeit mit heranziehen.*

DER ÄRZTLICHE VEREIN IN HAMBURG

VON GEH. SAN.-RAT PROF. DR. HERMANN KÜMMELL

DER Ärztliche Verein in Hamburg wurde am 2. Januar 1816 unter dem Vorsitz des bekannten Arztes *Dr. Chaufepié,* dessen schöne goldene Erinnerungsmedaille sich noch im Besitz des Ärztlichen Vereins befindet, gegründet. Bei Anwesenheit von 91 Mitgliedern wurde die Stiftung in einer Generalversammlung und mit wissenschaftlichen Demonstrationen vollzogen. Als kollegialer Verein der praktischen Ärzte gehört er außer dem im Jahre 1809 in Lübeck ins Leben gerufenen Ärztlichen Verein *zu den ältesten derartigen medizinischen Gründungen* nicht nur Deutschlands, sondern auch des Auslandes.

Nach einer unendlich schweren Leidenszeit, als kaum die Trümmer unserer Heimatstadt zu rauchen aufgehört hatten und Hamburg nach der furchtbaren Bedrückung durch die Horden Napoleons in geordnete Verhältnisse zurückkehrte, fand die Zusammenfassung der Hamburger Ärzte zu einem gedeihlichen, zielbewußten Wirken für ihre Vaterstadt sowie für ihren Stand durch die Gründung des Ärztlichen Vereins statt. Nachdem das Collegium medicum, das die hygienischen und kollegialen Verhältnisse Hamburgs in den vergangenen Jahren gefördert hatte, zugrunde gegangen war und verschiedene neuerstandene ärztliche Vereinigungen nur ein kurzes Dasein gefristet hatten, füllte der junge Ärztliche Verein eine klaffende Lücke aus und fand ein reiches Feld erfolgreicher Tätigkeit. In allen Fragen der Medizinalgesetzgebung gab er sein Gutachten ab, beteiligte sich an der Schöpfung des Gesundheitsrates und verfaßte eine neue Pharmakopöe. Mit größter Energie nahm er sich der Verbreitung der Schutzpockenimpfung an und gründete schon im Juni 1816 eine Impfanstalt. Bei den schweren Choleraepidemien von 1831 bis 1832 sowie in den späteren von 1848 bis 1855 hat der Ärztliche Verein fast ganz ohne staatliche Hilfe für die Versorgung der plötzlich Erkrankten durch Einrichtung ärztlicher Wachen im Vereinslokal Sorge getragen. Schon im Jahre 1831 beteiligten sich 80 Mitglieder des Vereins an der Bekämpfung der schweren Epidemie. Durch diese im Vordergrund stehende Behandlung hygienischer und praktischer Verwaltungsfragen trat die Pflege der medizinischen Wissenschaft in den Vereinsversammlungen in den Hintergrund. Mehr und mehr aber lernte der Ärztliche Verein die Ziele zu verfolgen und die Aufgaben zu verwirklichen, die die Stifter ursprünglich gestellt hatten, den *wissenschaftlichen Mittelpunkt der Hamburger Ärzteschaft* zu bilden. Durch die spätere Gründung von Bezirksvereinen, der Ärztekammer und des Leipziger Verbandes wurden die wirtschaftlichen und sozialen Fragen von diesen Körperschaften übernommen.

Der Ärztliche Verein konnte sich nunmehr der friedlichen und kulturfördernden Aufgabe, dem Ausbau der medizinischen Wissenschaft in Wort und Schrift sowie lehrend und lernend in unseren Versammlungen zu wirken, hingeben.

Der erste Entwurf der Satzungen unseres Ärztlichen Vereins, der, von der Hand Chaufepiés geschrieben, noch in unserm Archiv vorhanden ist, zeugt von einer klaren Kenntnis der Bedürfnisse eines ärztlichen Fachvereins und von einem feinen Verständnis der ärztlichen Psyche. Die maßgebenden Grundzüge unserer heute noch gültigen Satzungen, die naturgemäß im Laufe von 112 Jahren den Zeit-

verhältnissen Rechnung tragende Veränderungen erforderten, sind im großen und ganzen dieselben geblieben: *Der Zweck des Ärztlichen Vereins ist Förderung des ärztlichen Wissens, der Kollegialität, Aufrechterhaltung der Würde des ärztlichen Standes und Unterstützung hilfsbedürftiger Kollegen sowie deren Witwen und Waisen.*

Diesen Zwecken dienen *regelmäßige wissenschaftliche Versammlungen, Bibliothek und Lesezimmer, das Ehrengericht* und die *Unterstützungskasse.* Der Ehrenkodex enthielt im allgemeinen die noch heute geltenden Bestimmungen: „Wer die Ehre der Gesellschaft durch den öffentlichen Verlust seiner eigenen kränkt, kann nicht ferner Mitglied der Gesellschaft bleiben."

Der *Vorstand* besteht aus fünf Personen: dem Vorsitzenden, dem stellvertretenden Vorsitzenden, dem Kassenführer, dem Schriftführer und dem Bibliothekar. Der *Ausschuß* hat eine zweifache Bestimmung, er bildet eine Aufnahmekommission und ein Ehrengericht. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt wie bei der Gründung 40 M. Courant und seit 1894 40 M. Diese Einnahmen sollen im wesentlichen für den Ausbau der *Bibliothek* benutzt werden. Diese, der größte Schatz unseres Vereins, umfaßt annähernd 40 000 Bände und ist in einem Flügel der Staats- und Universitätsbibliothek untergebracht, wo sich auch die bescheidenen, täglich von 12 bis 5 Uhr geöffneten *Lesezimmer*, Eingang Schulstraße, befinden. Da die Staats- und Universitätsbibliothek, eine der bedeutendsten Deutschlands, nicht über medizinische Werke verfügt, bildet die Bibliothek des Ärztlichen Vereins eine wertvolle Ergänzung der sonst so vielseitigen und reichhaltigen Bücherschätze. Außer den wichtigsten medizinischen Wochenschriften sind die laufenden Zeitschriften, Lehrbücher usw. des In- und Auslandes dort vorhanden und werden regelmäßig ergänzt. Die Lücken, die die schwere Kriegs- und Nachkriegszeit auch in unsere Bibliothek gerissen hatte, sind dank dem Opfersinn unserer Kollegen, die die nötigen Mittel aufbrachten, vollkommen ausgefüllt. Bis zum Jahre 1924 hatte der Ärztliche Verein seine Bibliothek sowie ausgedehnte Lesezimmer, Versammlungsräume und einen Sitzungssaal im sogenannten Patriotischen Gebäude bei dem alten Rathause. Obwohl diese ihm urkundlich für alle Zeiten zur dauernden Benutzung gegen eine entsprechende Miete zur Verfügung gestellt waren, wurde doch der Verein durch Verkauf des Gebäudes an den neubegründeten Überseeklub seines alten Heims beraubt.

Die alle 14 Tage am Dienstag abend, wie seit der Gründung des Vereins, *stattfindenden wissenschaftlichen Sitzungen* werden jetzt in dem großen und schönen Vortragssaal des Überseeklubs abgehalten. Dieser Zustand der Trennung von Bibliothek, Lesezimmer und Vortragsräumen ist nicht sehr erfreulich und hoffentlich nur als ein Notbehelf anzusehen, da der Raum, der unserer sich vergrößernden Bibliothek zur Verfügung gestellt werden konnte, nicht mehr erweitert werden kann. Die Hoffnung, ein *eigenes ärztliches Heim*, wie es die hannoversche und Kölner Ärzteschaft in diesem Jahre gegründet haben, zu errichten, ist wieder lebhaft von neuem erwacht, zumal unsere Satzungen, sobald es finanziell möglich ist, diese Forderung an den Verein stellen.

Wenn die *wissenschaftlichen Leistungen des Vereins* aus den bereits erwähnten Gründen anfangs in den Hintergrund traten, so entwickelten sie sich in späteren Jahren in erfreulicher Weise. Die über jede Sitzung sorgfältig geführten Protokolle sind in unserm Archiv noch erhalten. Die bemerkenswertesten wissenschaftlichen Arbeiten erschienen früher in „*Gerson* und *Julius*, Magazin der ausländischen Litteratur und Arbeiten des Ärztlichen Vereins in Hamburg" 1821—1835. 31 Bände. Ferner in der von *Dieffenbach*, *Fricke* (den bekannten ältesten Chirurgen Hamburgs) und *Oppenheim* herausgegebenen Zeitschrift für die gesamte Medizin, sowie in *Schmidts* medizinischer Wochenschrift für Hamburg. Als nach der Gründung des Deutschen Reiches Kunst und Wissenschaft einen ungeahnten Aufschwung nahmen, als neue gewaltige Entdeckungen, die von *Semmelweiß* inaugurierte und von *Lister* ausgearbeitete antiseptische Wundbehandlung, *Robert Kochs* Entdeckungen über die Ursachen der Wundinfektion und später die unvergänglichen Entdeckungen *Röntgens* der medizinischen Wissenschaft überreichen Stoff zur Arbeit und zum Ausbau der von den großen Pfadfindern ausgegangenen Gedanken boten, trat auch unser Verein in ein neues Stadium erfolgreicher Arbeit. In dieser Zeit wurde bei der Neuorganisation des staatlichen Krankenhauses *Curschmann* nach Hamburg berufen, dem bald darauf, nach dem Tode des zu früh als Opfer seines Berufes verstorbenen Chirurgen *Martini*, *Schede* folgte. Beide Männer haben, unterstützt von zahlreichen tüchtigen Kollegen, einen wesentlichen Anteil an der Neugestaltung und dem *wissenschaftlichen Aufblühen unserer Versammlungen.* Durch belehrende Demonstrationen und durchgearbeitete Vorträge aus den verschiedensten Gebieten unserer Wissenschaft sowie nicht minder durch die sich daran anschließenden Aussprachen sind die wissenschaftlichen Dienstagversammlungen unseres Ärztlichen Vereins zum *vielbesuchten Sammelpunkt der Hamburger Ärzte* geworden.

Die wissenschaftliche Versammlung wählt zu Anfang des Jahres zwei Vorsitzende und einen Schriftführer mit einfacher Stimmenmehrheit. Seit dem Jahre 1883 erscheinen die *wissenschaftlichen Verhandlungen* in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift", die größeren Vorträge als Original in derselben Zeitschrift oder an geeigneter anderer Stelle. Ende des Jahres werden diese Abhandlungen in einem Heft vereinigt jedem Mitglied zur Verfügung gestellt. Die Zahl der Mitglieder unseres Vereins beträgt zur Zeit über 700, darunter etwa 100 auswärtige Mitglieder aus Altona und den umliegenden Städten und Ortschaften.

Die Zahl unserer Mitglieder ist erfreulicherweise in stetigem Wachsen begriffen, obwohl den fortschreitenden Verhältnissen entsprechend noch Sondervereinigungen und wissenschaftliche Sitzungen der einzelnen Fachgebiete einmal oder mehrmals im Monat stattfinden.

ZAHNÄRZTLICHER VEREIN IN HAMBURG E.V.

VON ZAHNARZT DR. DELBANCO

IN der zweiten Hälfte des Jahres 1928 sind etwa 330 Zahnärzte in die Matrikel beim Gesundheitsamt für das Hamburger Staatsgebiet eingetragen. Zur Bearbeitung der zahnärztlichen Angelegenheiten ist bei der Gesundheitsbehörde ein Zahnarzt als Hilfsarbeiter tätig.

Seit dem Jahre 1857 wirkt der zahnärztliche Verein für Wissenschaft und Standesinteressen der Zahnärzte. Diesem Zwecke dienen Sitzungen, die in der Regel an jedem ersten Montag im Monat stattfinden, ferner Fortbildungskurse und eine Bibliothek. Diese ist der Bibliothek des ärztlichen Vereins im Gebäude der Hamburger Staatsbibliothek räumlich angegliedert und wird von dem Kustos der ärztlichen Bibliothek mit verwaltet.

Im Jahre 1910 wurde in Deutschland neben dem „Vereinsbund Deutscher Zahnärzte", der die meisten Standesvereine im Reiche zusammenschloß, der „Wirtschaftliche Verband Deutscher Zahnärzte" lediglich zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gegründet und erhielt auch in Hamburg seinen Unterverband. Im Jahre 1920 wurde der W. V. umgeordnet in den „Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands", der nunmehr auch die Vertretung der standespolitischen Belange übernahm. In Hamburg werden seine Funktionen von einem Bezirksverbande ausgeführt, der wiederum dem Landesverbande Hamburg-Nordmark angeschlossen ist. Der Landesverband umfaßt auch Schleswig-Holstein und Harburg-Niederelbe.

An der öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenfürsorge ist die Zahnheilkunde durch eine Schulzahnklinik beteiligt, ferner in den großen staatlichen Krankenhäusern, in denen, wie für jedes Sonderfach der Heilkunde, auch für die Zahnheilkunde Abteilungen unter Leitung von Oberärzten eingerichtet sind. Über diese staatlichen Einrichtungen wird an anderer Stelle berichtet.

TIERÄRZTE

VON LANDESTIERARZT DR. MAYER

DAS hamburgische Veterinärwesen, dem nicht nur die Aufgaben des staatlichen Veterinärwesens, sondern auch die mit der Durchführung der Fleisch- und Milchhygiene verbundenen Obliegenheiten zugewiesen sind, ist der Gesundheitsbehörde angegliedert.

An der Spitze des Veterinärwesens steht der Landestierarzt, dem als Vorstände einzelner Dienststellen 6 Obertierärzte und außerdem 20 Amtstierärzte unterstellt sind. Für die Ausübung der Fleischbeschau stehen 10 auf Tarifvertrag angestellte Tierärzte zur Verfügung, deren Zahl an Hauptschlachttagen aus den praktischen Tierärzten Hamburgs und dessen Umgebung sowie aus jüngeren Tierärzten, die sich zur Fortbildung in Hamburg aufhalten, bis auf 30 erhöht wird.

Die Hauptgeschäftsstelle mit dem Amtszimmer des Landestierarztes befindet sich im Gebäude Lagerstraße 1 (s. Abbildung), in dem außerdem ein Hörsaal, die Bücherei, das Pathologisch-anatomische Laboratorium (s. Abb.) und die Diensträume des Auslandfleischbeschauamts K, der Untersuchungsstation für aus dem Inlande eingeführtes frisches Fleisch, und die Trichinenschauräume untergebracht sind.

Im hamburgischen Landgebiet liegen die Aufgaben des Staatsveterinärwesens in den Händen von



Hauptgebäude des Veterinärwesens

Amtstierärzten, die fachlich dem Landestierarzt, im übrigen der Landherrenschaft als der für das Landgebiet zuständigen Polizeibehörde unterstellt sind.

Für die Anstellung als beamteter Tierarzt wird die Ablegung einer besonderen amtstierärztlichen Prüfung gefordert.

Über die im hamburgischen Staatsgebiet ansässigen praktischen Tierärzte wird beim Veterinärwesen eine Matrikel geführt, worin zur Zeit 23 Tierärzte eingetragen sind.

WISSENSCHAFTLICHE ABENDE.

Einmal im Monat finden unter dem Vorsitz des Landestierarztes wissenschaftliche Besprechungen statt, woran alle im hamburgischen Staate amtlich tätigen Tierärzte teilzunehmen dienstlich verpflichtet sind. Die Abende dienen der wissenschaftlichen Fortbildung der beamteten Tierärzte.

TIERÄRZTLICHE VEREINE.

1. TIERÄRZTLICHER HAUPTVEREIN VON HAMBURG UND UMGEGEND.

Der im Jahre 1874 gegründete Verein zählt 75 Mitglieder aus den Kreisen der beamteten und praktischen Tierärzte von Hamburg und Umgegend. Bei seinen regelmäßigen Zusammenkünften werden Fragen der tierärztlichen Wissenschaft und Praxis sowie tierärztliche Standesfragen erörtert.

Vorsitzender: Obertierarzt *Dr. Stödter*, Hamburg, Lagerstraße 1.

2. VEREIN DER PRAKTISCHEN TIERÄRZTE VON HAMBURG UND UMGEGEND.

Der Verein ist im Jahre 1919 von den in Hamburg und Umgegend praktizierenden Tierärzten ins Leben gerufen worden und zählt heute 33 Mitglieder. Seine Aufgaben erblickt er in der Förderung der Kollegialität und in der Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der in der Praxis stehenden Tierärzte.

Vorsitzender: Tierarzt *A. C. Alberts*, Hamburg, Oben Borgfelde 1.

3. VEREIN DER BEAMTETEN TIERÄRZTE HAMBURGS.

Sämtliche 28 Mitglieder des im Jahre 1919 gegründeten Vereins sind in Hamburg amtlich tätig. Der Verein bezweckt die standes- und fachwissenschaftliche Vertretung der im hamburgischen Staate angestellten Tierärzte.

4. VEREIN IM HAMBURGISCHEN STAATSDIENST TÄTIGER TIERÄRZTE.

Im Jahre 1925 schlossen sich die im hamburgischen Staatsdienst auf Tarifvertrag angestellten Tierärzte zwecks Wahrnehmung ihrer wirtschaftlichen Interessen und gemeinsamer Erörterung von tierärztlichen Standesfragen zu einem Verein zusammen.

Vorsitzender: Tierarzt *Dr. Erk*, Hamburg, Wasmannstraße 27, E.



Arbeitsplätze im pathologisch-anatomischen Laboratorium des Veterinärwesens

DAS HAMBURGISCHE APOTHEKENWESEN

VON R. WINDRATH, RAT FÜR DAS APOTHEKENWESEN

VON einem geordneten hamburgischen Apothekenwesen kann man eigentlich erst reden, seitdem im Jahre 1818 die Medizinalordnung in Kraft getreten ist. Diese Verordnung räumte gründlich auf unter den durch eine schrankenlose Niederlassungsfreiheit sogen. Apotheken entstandenen, schier unerträglichen Zuständen in der Arzneiversorgung der hamburgischen Bevölkerung. Diese Zustände waren hervorgerufen durch den mangelnden staatlichen Schutz der privilegierten Ratsapotheken gegen unlautere Konkurrenz. Als die Ratsapotheken sich dann weigerten, die üblichen Abgaben an den Staat weiterzuzahlen, wurden die Privilegien der Ratsapotheken kurzerhand aufgehoben. Nun stürzten sich alle möglichen Menschen — Apotheker und Nicht-Apotheker — auf die Arzneiversorgung. Es entstanden Apotheken in großer Zahl in elendesten Räumen, sogar Speichern, geführt von Menschen, die oft gar keine ordentliche pharmazeutische Ausbildung genossen hatten. In diese für die arzneibedürftige Bevölkerung so trostlosen Zustände legte die Medizinalordnung von 1818 Bresche. Arzneizubereitungsstätten, die nicht ordentlich und einwandfrei von einer dazu eingesetzten Kommission befunden wurden, wurden sofort geschlossen, ebenso solche Geschäfte, deren Inhaber keine geeignete Vorbildung und Ausbildung zum Apothekerberuf in einem Examen nachweisen konnten. Die Gesamtzahl der Apotheken sollte in Hamburg auf 24 herabgemindert werden. Leider war außer den genannten Maßregeln nicht vorgesehen, wie das gemacht werden und wer die erforderlichen Mittel zu dieser Sanierung beschaffen sollte. Der Senat jedenfalls erklärte, hierzu keine Mittel zur Verfügung stellen zu können. Die Hamburger Apotheker griffen zur Selbsthilfe, indem sie aus eigenen Mitteln eine große Summe Geldes aufbrachten, mit der viele kleine Winkelapotheken aufgekauft wurden und dann verschwanden. Mit dem Anwachsen der Vororte um Hamburg herum wurden von den immer noch viel zu vielen Apotheken der Stadt noch eine ganze Reihe in die Vororte verlegt, bis dann im Jahre 1900, nachdem auch die Inhaber der kleinsten Landapotheken ihre Apotheken gegen Stadtapotheken vertauscht hatten, die erste neue Apotheke als Personalkonzession vergeben werden konnte. So hat die Medizinalordnung von 1818 geordnete und gesunde Verhältnisse im hamburgischen Apothekenwesen geschaffen, die dazu führen mußten, daß die wirtschaftliche Lage der Apotheker sich bessert. Diese Besserung der wirtschaftlichen Lage und ein gesunder Wettbewerb haben dann das Ihre getan, die Apotheken leistungsfähiger und auch in ihrem äußeren Bilde immer besser und vollkommener zu gestalten. Heute haben wir in vielen Hamburger Apotheken und in ihren Laboratorien mustergültige Betriebe.



Altes Apothekenhaus

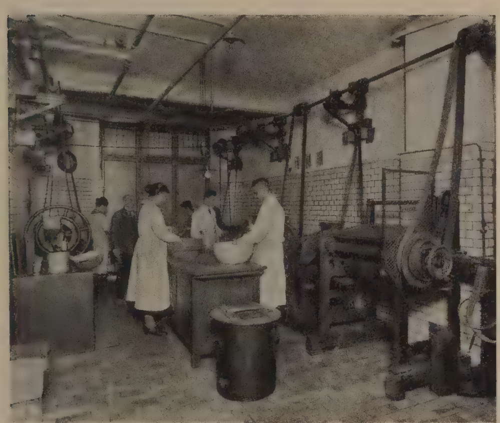
Im Jahre 1858 wurde in dem Allgemeinen Krankenhaus St. Georg die dort bestehende Dispensierstube zu einer Vollapotheke ausgebaut, die unter die Leitung eines Oberapothekers gestellt wurde. 1886 folgte die Apotheke im Krankenhaus Eppendorf und 1914 die Apotheke im Krankenhaus Barmbeck. Diese drei Staatsapotheken versorgen nicht



Modernes Laboratorium



Moderne Apotheke



Modernes Laboratorium



Modernes Laboratorium



Laboratorium einer Krankenhausapotheke



Pharmazeutische Lehranstalt der Gesundheitsbehörde

nur die Insassen der drei großen Krankenanstalten mit Arzneien, sondern auch eine große Anzahl anderer staatlicher Anstalten. Die Apotheken sind alle drei neuzeitlich eingerichtete Großbetriebe mit Laboratorien, die mit den modernsten Maschinen und Apparaten ausgestattet sind.

Außer diesen drei Staatsapotheken hat Hamburg zur Zeit 105 öffentliche Apotheken, von denen 49 verkäufliche alte Apothekenrechte sind und 56 unverkäufliche neue Personalkonzessionen.

Bis zum Jahre 1818 war es in Hamburg, wie auch in andern deutschen Staaten, mit der Ausbildung der Apotheker schlecht bestellt. Der Staat kümmerte sich überhaupt nicht um die pharmazeutische Ausbildung. Auch hier mußten sich die Apotheker selber helfen. Die außerordentlichen Erfolge auf dem Gebiete der Chemie seit Lavoisier, die Lehre von der sexuellen Fortpflanzung der Gewächse, von den Atmungsorganen und ihrer Ernährung, veranlaßte Hamburger Apothekergehilfen und -besitzer Anfang des 19. Jahrhunderts eine Pharmazeutische Gesellschaft ins Leben zu rufen, um hier durch Vorträge Belehrungen zu erhalten über die großen Arbeiten und Entdeckungen auf allen Gebieten der Naturwissenschaften, soweit sie für die Apotheke in Frage kamen. Aus dieser Pharmazeutischen Gesellschaft entwickelte sich die Pharmazeutische Lehranstalt, die im Jahre 1824 vom Staate übernommen und dem Gesundheitsrat unterstellt wurde. Diese Pharmazeutische Lehranstalt ist bis auf den heutigen Tag die einzige staatliche Lehranstalt in deutschen Landen, die die Aufgabe hat, die Apothekerlehrlinge in alle Wissensgebiete der Pharmazie einzuführen und fortzubilden bis zum Vorexamen. Die Lehrlinge der umliegenden preußischen Städte und Gemeinden besuchen gerne die Kurse der hamburgischen Pharmazeutischen Lehranstalt.

Das hamburgische Apothekenwesen untersteht der Gesundheitsbehörde und wird verwaltet von dem beamteten Vertreter des Apothekenwesens, der auch gleichzeitig der Leiter der pharmazeutischen Lehranstalt und der Sachverständige für alle pharmazeutischen Angelegenheiten vor den hamburgischen Gerichten ist. Auch dieses Amt ist durch die Medizinalordnung von 1818 geschaffen und bis auf den heutigen Tag immer von einem hamburgischen Apothekenbesitzer geführt worden.

DAS HEBAMMENWESEN

VON DR. HANS NEVERMANN

ÄRZTLICHER HILFSARBEITER DER GESUNDHEITSBEHÖRDE

DIE gewerbsmäßige Ausübung der geburtshilflichen Tätigkeit steht im hamburgischen Staate nur den Hebammen zu, die durch Erteilung eines Prüfungszeugnisses der Gesundheitsbehörde zugelassen sind. Zur Prüfung als Hebammen dürfen nur erwachsene Personen weiblichen Geschlechts zugelassen werden, die den vollständigen Unterricht in der hamburgischen Hebammenlehranstalt durchgemacht haben. Die Gesundheitsbehörde ordnet an, wie oft ein Unterrichtskursus stattzufinden hat und welche Zahl von Schülerinnen zuzulassen ist. Die Hebammenprüfung wird von der Prüfungskommission der Gesundheitsbehörde vorgenommen. Die Schülerinnen, die die Prüfung bestanden haben, erhalten nach Beendigung des Lehrganges ein Prüfungszeugnis und werden vom Präses der Gesundheitsbehörde auf die Hebammenordnung und die sonstigen für ihre Berufstätigkeit maßgebenden Vorschriften vereidigt.

Der Lehrgang dauert ein Jahr. Neun Monate nach Beginn des Lehrganges wird die Prüfung abgehalten, zu der nur die Schülerinnen, die nach dem Urteil des Hebammenlehrers genügend Kenntnisse und Fertigkeiten erlangt haben, zugelassen werden. Nach bestandener Prüfung haben die Schülerinnen noch drei Monate durch praktische Betätigung in der Lehranstalt ihre Kenntnisse und Fertigkeiten zu erweitern und zu befestigen.

Mindestens alle zehn Jahre, vom Tage der bestandenen Prüfung an gerechnet, ist die Hebamme verpflichtet, sich einem Fortbildungslehrgang zu unterziehen, dessen Dauer mindestens zwei Wochen betragen muß. Während des Fortbildungslehrganges erhalten die Hebammen freie Wohnung und Verpflegung in der Hebammenlehranstalt und eine Entschädigung, die von Fall zu Fall festgesetzt wird.

Hat eine Hebamme mehr als zwei Jahre ihre Berufstätigkeit unterbrochen, so muß sie vor Wiederbeginn ihrer Hebammentätigkeit vor dem Hebammenarzt eine Nachprüfung ablegen. Fällt diese nicht genügend aus, so muß sich die Hebamme einem Fortbildungslehrgange unterziehen.

Die Hebammen unterstehen also im Hamburger Staat unmittelbar der Gesundheitsbehörde. Für die



Tabelle 1.

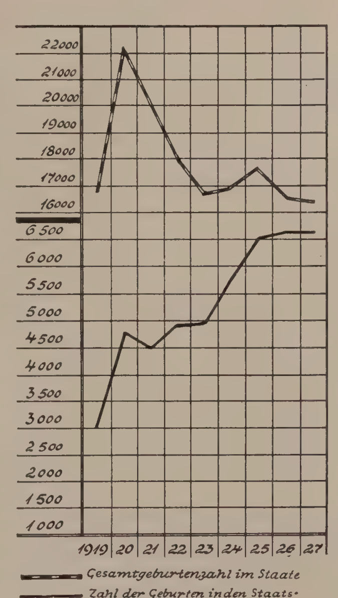


Tabelle 3.



Bearbeitung des Hebammenwesens ist als ärztlicher Hilfsarbeiter ein Facharzt für Frauenleiden und Geburtshilfe besonders angestellt. Die Bearbeitung des Hebammenwesens im Gesundheitsamt umfaßt: die Vorladung von Hebammen zur Auskunfterteilung, zur Prüfung ihrer Kenntnisse, ihrer Hebammentasche und ihres Hebammenbuches. An Stelle der Vorladung können auch Revisionen in der Wohnung geschehen. Bei Todesfällen von Gebärenden oder Fieber im Wochenbett, die von den Hebammen unverzüglich zu melden sind, werden sofort die nötigen Anordnungen getroffen, einschließlich des zeitweiligen Verbots der geburtshilflichen Tätigkeit, sowie der Durchführung etwa notwendiger Desinfektionen. Die körperliche, geistige und fachliche Befähigung zur Ausübung des Berufs wird fortlaufend überwacht und im Bedarfsfalle die Versetzung in den Ruhestand eingeleitet. Beschwerden von Hebammen oder über Hebammen werden im Rahmen der Zuständigkeit der Behörde erledigt, wie auch für die ausreichende geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung fortlaufend gesorgt wird. In dieses Gebiet gehört auch die Beaufsichtigung und Überwachung der Privat-Entbindungsanstalten, deren Betrieb an besondere Konzessionsbedingungen geknüpft ist.

Tabelle 2.



Nach Möglichkeit wird versucht, durch Nachforschungen und Rundfragen einen Überblick über die ungefähre Zahl der Fehlgeburten zu erhalten. Naturgemäß werden die so gewonnenen Zahlen angesichts der in dieser Frage bestehenden Schwierigkeiten immer nur ungefähre Mindestzahlen darstellen. Genauer dagegen sind die Kenntnisse über die Todesfälle bei oder nach Geburt und Fehlgeburt, da alle Todesbescheinigungen einzeln durchgesehen werden und zu statistischen Zwecken allen sicheren und verdächtig erscheinenden Fällen hinsichtlich der Todesursache nachgegangen wird.

Schließlich ist noch zu erwähnen, daß in Hamburg alle Hebammen, die in den Ruhestand versetzt sind, auf Grund des Gesetzes betreffend die Versorgungskasse Hamburger Hebammen mit staatlicher Hilfe eine Rente oder eine Unterstützung erhalten.

In den nebenstehenden Tabellen soll versucht werden, einen Überblick über das Hebammenwesen in den Jahren seit 1900 zu geben. Tabelle 1 zeigt in der gestrichelten Kurve die Zahl der jährlichen Geburten und in der ausgezogenen Kurve die Zahl der

jährlich von den Hebammen geleiteten Geburten. Beide Kurven haben seit 1908 fallende Tendenz. Während aber in der Vorkriegszeit die beiden Kurven annähernd parallel laufen, fällt in der Nachkriegszeit die Kurve der von den Hebammen geleiteten Geburten stärker ab. Und während in der Vorkriegszeit etwa 80 bis 85 v. H. aller Geburten von den Hebammen geleitet wurden, sind im Jahre 1927 nur noch 39 v. H. aller Geburten von Hebammen geleitet worden. Das liegt daran, daß, teils sicher durch Wohnungsnot und wirtschaftliche Not gezwungen, immer mehr Entbindungen in Anstalten stattfinden. In Tabelle 2 werden die Zahlen der Geburten, die jährlich in den Staatskrankenanstalten stattfinden, für die letzten Jahre kurvenmäßig dargestellt. Es geht aus diesen Kurven deutlich hervor, wie bei fallender Gesamtgeburtenzahl die Zahl der Anstaltsgeburten steigt. Bedenkt man, daß zu dieser Zahl noch jährlich eine große Zahl von Geburten in nicht staatlichen Krankenhäusern und Entbindungsanstalten hinzukommt, so wird die Tabelle 3 verständlich, die zeigt, wie trotz dauernd sinkender Hebammenzahl in der Nachkriegszeit (und zwar absolut und im Verhältnis zur Einwohnerzahl stark sinkend) auch die Zahl der durchschnittlich von jeder Hebamme geleiteten Geburten sinkt. Daraus wieder ergibt sich, daß der Hebammenberuf in der heutigen Zeit nicht mehr so gewinnbringend wie früher ist. Und es erklärt sich daraus eine gewisse Notlage des Hebammenberufs, die ihrerseits wieder eine Alters- und Invalidenversorgung der Hebammen mit staatlicher Unterstützung nach sich ziehen muß, da der Staat den Hebammenberuf im Interesse des Volkswohles nicht entbehren wollen und können wird. Es bliebe höchstens eine staatliche Anstellung von Bezirkshebammen, wie sie beispielsweise in Freiberg i. S. eingeführt ist, zu erwägen. Von einer vollkommenen Verstaatlichung des Hebammenberufes glaubt man aber Hamburg mit seinen andern und besonderen Verhältnissen absehen zu müssen.

DAS UNTERE HEIL- UND PFLEGEPERSONAL

VON VERWALTUNGS-OBERSEKRETÄR DRACKE, GESUNDHEITSBEHÖRDE

IM hamburgischen Staatsgebiete bestehen Ausbildungs- und Prüfungs-Vorschriften für das nachstehend aufgeführte untere Heil- und Pflegepersonal:

a) die staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen,
b) die staatlich anerkannten Irrenpflegepersonen,
c) die staatlich geprüften Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen,
d) die staatlich geprüften Wochenpflegerinnen,
e) die staatlich geprüften Heilgehilfen(innen) und Masseure(innen) und
f) die staatlich geprüften Masseure(innen).

Für die Ausbildung der staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen sind vier staatliche Krankenpflegeschulen vorhanden. Diese befinden sich in den Allgemeinen Krankenhäusern Eppendorf, Barmbeck, St. Georg und dem Hafenkrankenhause. Außerdem werden nach Bedarf Ausbildungslehrgänge für das im Staatskrankenhaus Cuxhaven tätige Krankenpflegepersonal abgehalten. Daneben befinden sich staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen in den nachstehenden Krankenanstalten: Bethanien, Marienkrankenhaus, Freimaurerkrankenhaus, Vereinshospital, Deutsch-Israelitisches Krankenhaus, Diakonissen- und Heilanstalt Bethesda, Diakonissen- und Heilanstalt Jerusalem, Krankenhaus Elim und Diakonissenanstalt Siloah, die staatlich anerkannt sind.

Die Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für staatlich anerkannte Irrenpflegepersonen sind 1921 neu geschaffen. Sie unterscheiden sich nicht wesentlich von den Vorschriften für die Krankenpflegepersonen. Da aber die Irrenpflege Aufgaben an das Personal stellt, die verschieden von denjenigen des allgemeinen Krankenpflegepersonals sind, findet neben der Ausbildung in der Krankenpflege allgemein die Ausbildung in der Irrenpflege besondere Berücksichtigung. Irrenpflegeschulen bestehen bei den Staatskrankenanstalten Friedrichsberg und Langenhorn.

Die Ausbildung und Prüfung der Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen geschieht in drei staatlichen und zwei staatlich anerkannten Säuglingspflegeschulen. Staatliche Säuglingspflegeschulen haben die Krankenhäuser Eppendorf und St. Georg sowie das Kleinkinderhaus der Jugendbehörde. Das Hamburger Säuglingsheim in der Hochallee und das Kinderkrankenhaus Rothenburgsort in der Marckmannstraße haben eine staatlich anerkannte Säuglingspflegeschule.

Die Ausbildung der unter a bis c aufgeführten Pflegepersonen dauert zwei Jahre. Für die einzelnen Schulen sind Bestimmungen getroffen, die das Verhältnis der Schüler zur ausbildenden Anstalt regeln. Die Schulleitung besteht aus dem ärztlichen Direktor bzw. ärztlichen Leiter der Anstalt und dem Lehrer

der Schule; weitere Lehrer können herangezogen werden. Die Schulleitung hat das Recht, Ungeeignete jederzeit von der Ausbildung auszuschließen.

Prüfungen finden nach Bedarf zweimal im Jahre, im März und September, statt.

Ausbildungslehrgänge für Wochenpflegerinnen finden nach Bedarf im Staatlichen Institut für Geburtshilfe statt. Der Lehrgang dauert ein Jahr. An diesen Lehrgängen nehmen die Angestellten des Instituts und die sonstigen Bewerberinnen aus der Bevölkerung teil.

Die Ausbildung der Heilgehilfen(innen) und Masseure(innen) dauert ein Jahr, die der Masseure(innen) sechs Monate. Ausbildungslehrgänge finden nach Bedarf abwechselnd in den Allgemeinen Krankenhäusern Eppendorf, Barmbeck und St. Georg sowie im Hafenkrankenhause statt.

Die Prüfungskommission für das untere Heil- und Pflegepersonal setzt sich zusammen aus drei Ärzten, und zwar aus dem Präsidenten oder seinem gesetzlichen Vertreter als Vorsitzenden, einem Oberarzt und dem Lehrer der Schule bzw. dem Arzt, der mit der Abhaltung des Ausbildungslehrganges beauftragt ist. Soweit es sich um Kranken- oder Irrenpflegepersonen der staatlichen Anstalten handelt, wird die Prüfungskommission um eine im praktischen Dienst erfahrene, staatlich anerkannte männliche oder weibliche Pflegeperson erweitert. Die Zulassungsgesuche sind dem Vorsitzenden der Prüfungskommission unter Beifügung der erforderlichen Papiere (Geburtsurkunde, Schulzeugnis, amtsärztliches Zeugnis und Nachweis über die erfolgte Ausbildung) einzureichen. Personen, die an einem Lehrgang nicht teilgenommen haben, können ausnahmsweise auch dann zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie eine gleichwertige Ausbildung nachweisen. Über solche Ausnahmen entscheidet die Gesundheitsbehörde nach Anhörung des Vorsitzenden der Prüfungskommission.

Über die bestandene Prüfung wird ein Ausweis erteilt. Die in einem andern deutschen Lande auf Grund gleicher Vorschriften erteilten Prüfungszeugnisse gelten auch für das hamburgische Staatsgebiet.

Die Tätigkeit des unteren Heil- und Pflegepersonals wird von der Gesundheitsbehörde überwacht. Es bestehen besondere Bestimmungen über die Abgrenzung der Berufstätigkeit der einzelnen Gruppen. Verletzt eine Person die für ihre Berufsausübung bestehenden Vorschriften, so kann die Entziehung des staatlichen Ausweises durch die Gesundheitsbehörde erfolgen.

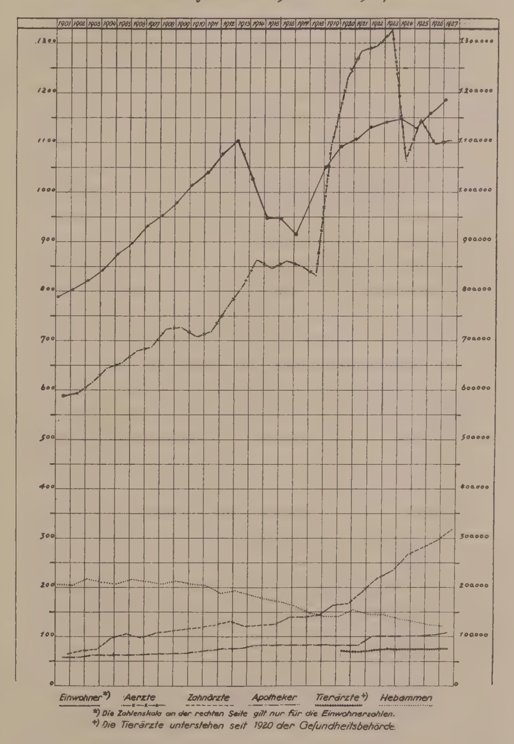
In den staatlichen und privaten Anstalten wird fast nur staatlich geprüftes Pflegepersonal beschäftigt.

Am Schlusse des Jahres 1927 waren in den staatlichen Anstalten 1582 staatlich geprüfte Heil- und Pflegepersonen beschäftigt. Ein Teil des Pflegepersonals in den staatlichen Anstalten wird von dem Schwesternverein der Hamburgischen Staatskrankenanstalten gestellt; beschäftigt waren am Schlusse des Jahres 1927 760 Schwestern. Die Ausbildung der Angehörigen des Schwesternvereins erfolgt ebenfalls in den staatlichen Schulen.

Im hamburgischen Staatsgebiet hatten sich am Schlusse des Jahres 1927 zur Ausübung ihres Berufes niedergelassen:

294 staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen,
14 staatlich anerkannte Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen,
58 staatlich geprüfte Wochenpflegerinnen,
180 geprüfte Heilgehilfen(innen) und Masseure (innen).

Statische Kurve der Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Tierärzte, Hebammen und der ortsanwesenden Bevölkerung Hamburgs aus den Jahren 1901 bis 1927.



ENTWICKLUNG DES STAATLICHEN KRANKENHAUSBAUES

VON ERSTER BAUDIREKTOR DR. RANCK

VON einem staatlichen Krankenhausbau kann man in Hamburg erst seit etwa 100 Jahren sprechen. Alles, was früher für die Unterbringung Kranker und Gebrechlicher geschah — und es handelte sich dann fast durchweg um Arme und Hilflose —, war auch in Hamburg im großen und ganzen den gleichen Faktoren überlassen, wie überall in Europa. Geistliche Brüderschaften, unterstützt und in der Nachreformationszeit abgelöst durch milde Stiftungen, dienten der Krankenpflege. Von den zahlreichen deutschen Hospitälern des Heiligen-Geist-Ordens bestand eines schon vor 1246 in Hamburg. Es nahm den nordwestlichen Teil des Rödingsmarktes ein. Für die Aufnahme Aussätziger diente ein St.-Jürgen-Hospital in der früheren Vorstadt St. Georg. Für ähnliche Zwecke gründete eine aus Fischern, Krämern und Hökern bestehende Genossenschaft im Jahre 1505 das St.-Hiobs-Hospital, Pockenhaus genannt, an der Spitalerstraße.

Schon eher trägt das 1606 gegründete Hospital für Arme und Kranke, zwischen Hamburg und Altona in der Gegend hinter dem heutigen Israelitischen Krankenhause gelegen, einen staatlichen Charakter. Die Mittel zum Bau gaben zwar zum Teil die vier Kirchspiele der Altstadt her, zum Teil aber wurden sie auf Rats- und Bürgerschaftsbeschluß dem geistlichen Schoß entnommen; auch gewann schließlich die Stadtverwaltung Einfluß auf die Verwaltung der Anstalt. Dieser „Krankenhof", zuerst Pesthaus oder Pesthof genannt, ist der unmittelbare Vorgänger des ersten staatlichen Krankenhausbaues. Für „ehrliche, arme, elende und preßhafte Menschen" bestimmt, bestand er länger als 200 Jahre. In den Bedrängnissen der Befreiungskriege ging er zugrunde. Die Franzosen verbrannten ihn in der Nacht vom 2. auf den 3. Januar 1814 aus militärischen Gründen.

DAS ALTE „ALLGEMEINE KRANKENHAUS".

Der Verlust des Krankenhofes wurde der Anlaß zum Bau des ersten staatlichen Krankenhauses, das unter der Bezeichnung „Allgemeines Krankenhaus" von 1821 bis 1823 nach den Plänen von *Wimmel* in der Vorstadt St. Georg in der Nähe der Außenalster errichtet wurde, und zwar im Neuen Werk, einer Bastion der Stadtbefestigung. Soweit die Baukosten nicht aus dem Vermögen des Krankenhofes und aus Sammlungen gedeckt werden konnten, wurden sie von Rat und Bürgerschaft beigesteuert.

Das „Allgemeine Krankenhaus" besteht zum großen Teil noch heute als Kern des „Allgemeinen Krankenhauses St. Georg". Es war ursprünglich ein ausgeprägter Einheitsbau im Korridorsystem, hufeisenförmig angelegt und für 1000 Betten bestimmt. Ein als Abschluß für die offene Seite des Hufeisens bestimmtes Irrenhaus wurde aus Mangel an Mitteln nicht gebaut. Mehrfache Erweiterungen (1848, 1855 bis 1856, 1868 bis 1874, 1875) erhöhten die Bettenzahl bis auf etwa 1500 Betten, von denen 150 in einem besonderen „Pockenhause" untergebracht waren. Die Anstalt war für ihre Zeit krankentechnisch, bautechnisch und als künstlerische Leistung eine bemerkenswerte Anlage.

DAS ALLGEMEINE KRANKENHAUS EPPENDORF.

Erst im Jahre 1884, also mehr als 60 Jahre nach der Fertigstellung des „Allgemeinen Krankenhauses", wurde ein zweiter staatlicher Krankenhausbau begonnen. Die St. Georger Anstalt war inzwischen längst zu klein geworden. Sie war ständig überfüllt. Der höchste Tagesbestand überstieg zuzeiten die Zahl von 2000 Personen. Eine Erweiterung war nicht mehr möglich. Für das neue Krankenhaus wurde ein hochgelegener Platz in Eppendorf im Norden Hamburgs gewählt, entfernt von den dichter bebauten Stadtteilen. Hier erwarb der Staat eine Fläche, die ausreichend Platz auch für spätere Vergrößerung der neuen, zunächst auf etwa 1500 Betten berechneten Anstalt bot.

War das alte „Allgemeine Krankenhaus" in seiner Grundanlage ein ausgeprägter Einheits- und Korridorbau, so wurde das Eppendorfer Krankenhaus sein Gegenstück. Man schob dem Korridorsystem die mannigfachen Mängel der alten Anstalt ohne weiteres in die Schuhe, obwohl sie in erster Linie eine Folge der Veraltung der Anstalt waren, und machte die neue Anstalt zum ausgeprägtesten Vertreter des Pavillonsystems bei einer zwar straff geordneten, aber stark dezentralisierten Gesamtanlage.

Für die Unterbringung der Kranken wurden 55 fast durchgängig eingeschossige Pavillons verschiedener Größen errichtet, die untereinander keine

Verbindung haben. Nur zwei Pavillons sind zweigeschossig. Für Aufnahme- und Isolierzwecke dienen außerdem einige kleinere Pavillons. Hinzu kommen vier sogenannte Kostgängerpavillons. Der Zweck dieser starken Zerlegung der Anstalt ist die Sonderung der Kranken — abgesehen vom Geschlecht — nach den einzelnen Krankheitsarten. Nach dem damaligen Stand der ärztlichen Wissenschaft und der Krankenhaustechnik erschien die größtmögliche Krankenzerstreuung als die zweckmäßigste Grundlage der Krankenbehandlung. Daneben trat die Forderung: viel Licht und Luft für die Kranken! Ihr genügte man überdies durch die Richtung der Pavillons von Süden nach Norden und durch Versetzung der Pavillonreihen gegeneinander.

Alle normalen Pavillons der Anstalt haben nur einen Krankensaal und daneben einige Einzelzimmer. Das ergibt zwar eine hygienisch einwandfreie Grundlage, doch vermag sie den heutigen Erfordernissen individueller ärztlicher Behandlung nicht bei allen Krankheitsgattungen zu genügen. Auch ist es leicht erklärlich, daß die grundsätzliche Verwendung eingeschossiger Gebäude wirtschaftlich nicht besonders günstig ist. Bei den mehrfachen späteren Erweiterungen der Eppendorfer Anstalt ist ihr Grundcharakter deshalb auch nicht durchweg beibehalten worden. Die Dezentralisation erstreckt sich natürlich auch auf die Gebäude der Verwaltung und des Wirtschaftsbetriebes. Beide sind von den Räumen, die der eigentlichen Krankenbehandlung dienen, völlig getrennt.

Es war bei der Errichtung der Eppendorfer Anstalt ein bemerkenswerter Fortschritt, daß jedes Gebäude eine eigene Zentralheizung erhielt. Den Ruf der Anstalt half aber die Fußbodenheizung begründen, mit der die Krankenpavillons ausgestattet wurden. Später ist versucht worden, den Heizungsbetrieb zu zentralisieren, doch ließen sich nicht mehr als drei bis vier Pavillons an eine Heizung kuppeln.

Die erste Anlage der Anstalt bestand außer den 55 Krankenpavillons aus dem Verwaltungsgebäude, dem Operationshause, dem Badehause, der Leichenhalle, 7 Wirtschaftsgebäuden, 5 Beamtenwohnhäusern. Durch Erweiterungen (in den Jahren 1892/93, 1902 bis 1904 und seit 1913) ist die Anstalt auf 67 Krankenpavillons gebracht, und es sind das Schwesternhaus, das Pflegerinnenhaus, die Entbindungsanstalt, die Augenabteilung, das Vorlesungsgebäude mit Röntgeninstitut, das Pathologische Institut, das Sielgrubenhaus und der Wasserturm hinzugekommen, außerdem 10 Asbestpavillons (Epidemieabteilung). Das Operationshaus, das Badehaus und die Wirtschaftsgebäude wurden wesentlich erweitert. Die Zahl der Gebäude der Anstalt ist damit im Laufe der Jahre auf über 100 angewachsen, die Zahl der Betten auf etwa 2770.

Die Anstalt ist in ihrer Grundanlage aus dem engen Zusammenarbeiten zwischen dem ärztlichen Leiter der Anstalt, *Prof. Dr. Curschmann*, und dem hamburgischen Baudirektor *Zimmermann* hervorgegangen. Sie galt lange Zeit als mustergültig.

DAS ALLGEMEINE KRANKENHAUS ST. GEORG.

Als das neue Allgemeine Krankenhaus in Eppendorf eröffnet wurde, bestimmte man das alte Allgemeine Krankenhaus zur Aufnahme von Siechen und von Haut- und Geschlechtskranken, wozu es trotz seiner hygienischen Mangelhaftigkeit allenfalls noch verwendbar erschien. Es verblieb hier nur eine Abteilung für solche Kranke aus der näheren Umgebung, deren Beförderung nach der entfernt liegenden Eppendorfer Anstalt nicht tunlich war. Daß die neue Eppendorfer Anstalt dem wachsenden Bedürfnis allein nicht genügen konnte, zeigte schon das Cholerajahr 1892. Vor die Frage gestellt, ob man den Versuch machen sollte, das alte Allgemeine Krankenhaus völlig umzubauen oder eine neue Anstalt zu errichten, entschloß man sich zum Umbau. Dabei waren mitbestimmend die sehr günstige Lage der alten Anstalt in der Nähe der inneren Stadt und die Nähe des großen Luftreservoirs der Außenalster.

Das Ziel des Umbaues konnte nur sein, zwar von dem Vorhandenen möglichst viel zu erhalten, dabei aber grundsätzlich die Gebäude für die Behandlung der Kranken von den Räumen für die Verwaltung und den Wirtschaftsbetrieb zu trennen. Zu diesem Zweck wurden die erhaltenswerten Teile des alten Hauptgebäudes an der Lohmühlenstraße durch Entfernung der Zwischenbauten in fünf mehrgeschossige Pavillons zerlegt, zwei von ihnen wurden durch Neubauten ersetzt, die übrigen drei radikal umgebaut. Der Mittelbau dient der Verwaltung, die vier andern für poliklinische Zwecke und für Kranke. Neu gebaut wurden die Wirtschaftsgebäude, das Operationshaus, das Badehaus und das Pathologische Institut, das Röntgenhaus und mehrere Gruppen von Pavillons für Krankenbehandlung. Von diesen sind nur die Pavillons der kleinen Infektionsabteilung eingeschossig, alle übrigen sind zweigeschossig. Soweit es sich dabei nicht um Bauten im Korridorsystem handelt, sind die Bauten Doppelpavillons, haben also in jedem Geschoß zwei Krankensäle mit den zugehörigen Nebenräumen.

Aus dieser Anordnung ergeben sich gegenüber der Eppendorfer Anstalt bemerkenswerte Unterschiede, die noch dadurch verstärkt werden, daß die Krankensäle in St. Georg nur 16 Betten aufnehmen, anstatt

30 bis 36 in Eppendorf. Es entstehen also kleinere Raumeinheiten, die nun im Zusammenhang mit der Mischung von Saalbauten und Korridorbauten eine individuellere Krankenbehandlung fördern, ohne daß in hygienischer Beziehung Nachteile entstehen. Zugleich fördert diese Art die Wirtschaftlichkeit sowohl des ärztlichen wie des Verwaltungsbetriebes.

Soweit es sich durchführen ließ, sind alle Gebäude der umgebauten Anstalt an eine zentrale Heizungsanlage angeschlossen.

Der Umbau ist von Baudirektor *Dr. Ruppel* im Verein mit den Direktoren der Anstalt, *Prof. Dr. Lenhartz* und *Prof. Dr. Deneke,* geplant und durchgeführt worden. Er ging in 17jähriger, 1915 beendeter Bautätigkeit in mehrere Etappen vor sich. Die Bettenzahl hat er nicht wesentlich erhöht; er hat sie nur auf 2100 gebracht. Aber er hat mit geringen Kosten eine Anstalt geschaffen, die allen billigen modernen Anforderungen noch heute genügt.

DAS ALLGEMEINE KRANKENHAUS BARMBECK.

Noch bevor der Umbau des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg vollendet war, hatte es sich gezeigt, daß auch er zusammen mit Eppendorf für die wachsende Stadt nicht ausreichen werde. Man entschloß sich deshalb schon im Jahre 1907 zur Erbauung eines dritten Allgemeinen Krankenhauses und wählte als Bauplatz ein Gelände im Stadtteil Barmbeck, wo die Bevölkerung in starker Zunahme begriffen war. Mit dem Bau wurde im Jahre 1910 begonnen, im Jahre 1914 unmittelbar nach Kriegsausbruch wurde er beendet. Das Krankenhaus hat etwa 2400 Betten.

In der Barmbecker Anstalt ist man mit der individuellen Gestaltung der Bettenhäuser noch weiter gegangen als in St. Georg. Namentlich die Gebäude der Spezialkrankenabteilungen sind den besonderen Erfordernissen der verschiedenen Behandlungsweisen angepaßt worden. Daraus ergibt sich eine große Mannigfaltigkeit in der Grundrißanordnung. Man findet reine Pavillonbauten neben reinen Korridorbauten und Mischungen beider Systeme verschiedenen Grades.

Auch in Barmbeck sind alle Bettenhäuser zweigeschossig; eingeschossig sind nur die Pavillons der Infektionsabteilung. Doch haben auch diese ebenso wie alle andern Gebäude der Anstalt hohe ausgebaute Dachgeschosse, die in Eppendorf und über den neuen Pavillons in St. Georg fehlen. Es ist in Barmbeck in den Dachgeschossen das Schwestern- und Dienstpersonal untergebracht, das jeweils in den einzelnen Gebäuden tätig ist. Hier ist es also leichter auch nachts zur Stelle, als in Eppendorf und St. Georg, wo die Schwestern, Pflegerinnen usw. in besonderen Gebäuden wohnen. Das Schwesternhaus in Barmbeck enthält daher neben wenigen Wohnungen für leitende Schwestern nur allgemeine Räume für die Zwecke des Speisens und der Erholung.

Von Liegehallen, freien Terrassen und ähnlichen Einrichtungen ist in Barmbeck sehr viel reichlicher Gebrauch gemacht worden, als in St. Georg und namentlich in Eppendorf, wo solche Einrichtungen fast ganz fehlen.

Als Besonderheit hat Barmbeck ein ungefähr im Mittelpunkt der Anlage gelegenes Zentralgebäude. Es besteht aus drei durch geschlossene Gänge miteinander verbundenen einzelnen Gebäuden. Sie enthalten die Bäder, die Räume für Vorlesungs- und kirchliche Zwecke, ein Medikomechanisches Institut und ein Röntgeninstitut, endlich eine Abteilung für rheumatische Kranke. Die Vereinigung dieser zum Teil zusammengehörenden Zwecke in einem Gebäude hat sich ärztlich und wirtschaftlich bewährt.

Die Beheizung aller Gebäude ist vollkommen zentralisiert. Von derselben Zentrale aus geschieht die Lüftung, Beleuchtung, Warmwasser- und Dampfversorgung.

Der Bau der Barmbecker Anstalt ist von Baudirektor *Dr. Ruppel* im Verein mit dem Direktor der Anstalt *Prof. Dr. Rumpel* geplant und durchgeführt worden.

DIE IRRENANSTALT FRIEDRICHSBERG.

Nachdem man den Plan aufgegeben hatte, dem im Jahre 1823 vollendeten Allgemeinen Krankenhause in St. Georg ein besonderes Gebäude für die Unterbringung von Geisteskranken anzugliedern, wurde in Hamburg erst in den Jahren 1861 bis 1864 die erste eigene Anstalt für Irrenpflege errichtet. Es ist die Irrenanstalt Friedrichsberg, im Osten des hamburgischen Gebietes zwischen dem Vorort Barmbeck und der Stadt Wandsbek belegen. Die Grundanlage war streng symmetrisch in der Art älterer Krankenanstalten und bestand aus einem hufeisenförmig angelegten Hauptgebäude, dessen offene Seite ein Isolierhaus für Tobsüchtige und Unreine abschloß, und zwei vor dem Hauptgebäude rechts und links von dessen Hauptachse symmetrisch angeordneten Gebäuden für Pensionäre. Die strenge Symmetrie wurde bei den Erweiterungsbauten der Jahre 1877 und 1878 sowie 1884 verlassen. Auch ging man jetzt zum Pavillon-System über, wie es sich in den großen allgemeinen Krankenanstalten derzeit durchzusetzen begann. Es wurden damals außer Wirtschaftsgebäuden und Beamtenwohnhäusern 12 Einzelhäuser für Kranke errichtet.

In den Jahren 1913/15 ist eine völlige Neuorganisation der Anstalt durchgeführt worden, bei der nach den Plänen von Oberbaudirektor *Dr. Schumacher* neben 9 Umbauten in dem inzwischen herangewachsenen großen Park der Anstalt 13 Neubauten errichtet wurden. Die Zahl der Betten stieg dadurch auf 1902. In der Verlängerung der Hauptachse des alten Hauptgebäudes wurde die alte symmetrische Anlage fortgeführt. Es gruppieren sich 5 neue Pavillons zusammen mit dem Hauptgebäude um einen ungefähr die Mitte des Anstaltsgeländes einnehmenden großen, regelmäßig und gartenmäßig durchgebildeten Platz. Die übrigen Neubauten, die für ihre besonderen Zwecke ganz individuell gestaltet wurden, sind im Parkgelände östlich und westlich dieses Mittelstückes zerstreut.

DIE IRRENANSTALT LANGENHORN.

Zur Beschäftigung der arbeitsfähigen Kranken der Irrenanstalt Friedrichsberg wurde im Jahre 1892 die Irrenanstalt Langenhorn als landwirtschaftliche Zweiganstalt errichtet, und zwar auf einem Anstaltsgebiet von rund 160 ha, das im Norden Hamburgs 15 km vom Rathausmarkt entfernt liegt. Im Jahre 1898 wurde sie selbständige Irrenanstalt, weil sich der inzwischen immer mehr ausgedehnte Betrieb von der Friedrichsberger Anstalt aus nicht mehr leiten ließ. Die Anstalt ist damals und 1904 erweitert und auf 1000 Betten gebracht worden. Eine dritte und vierte Erweiterung nahm man in den Jahren 1910 bis 1914 und 1925 bis 1927 vor. Seitdem besteht Langenhorn aus 76 Gebäuden, von denen 32 Krankenhäuser sind, und vermag 1900 Irre und 324 Lungenkranke aufzunehmen. Bei der Verteilung der Gebäude, die in einem Tannenwald liegen, ist von vornherein auf eine strenge Gruppierung verzichtet worden, wenn man auch zunächst eine Mittelachse angelegt und durch eine Ringstraße eine gewisse Ordnung zu erzielen versucht hat.

Die ursprüngliche Anlage mit den ersten Erweiterungen wurde von Baurat *Necker* zusammen mit dem Direktor der Anstalt *Prof. Dr. Neuberger* geplant und durchgeführt.

HAFENKRANKENHAUS. TROPENHYGIENISCHES INSTITUT. INSTITUT FÜR GEBURTSHILFE.

Aus den großen allgemeinen Krankenanstalten des hamburgischen Staates sind im Laufe der Zeit mehrere besonders eigentümliche Gruppen von Kranken ausgeschieden und in eigenen Anstalten untergebracht worden.

Das 1898 bis 1900 erbaute *Hafenkrankenhaus* dient gesundheits- und wohlfahrtspolizeilichen Zwecken. Es nimmt alle auf der Straße oder am öffentlichen Ort erkrankten oder verletzten Personen, kranke Obdachlose und Verhaftete, Tobsüchtige und insbesondere die im Hafen auf Schiffen oder in Werftanlagen Verunglückten auf. Es ist mit einem Leichenschauhause verbunden zur Aufnahme der Leichen von Selbstmördern und unbekannten, durch Unglücksfall oder Verbrechen ums Leben gekommenen Personen. Außerdem besteht die Anstalt, die in parkartiger Umgebung auf der Elbhöhe oberhalb des Hafens errichtet ist, aus einem Beobachtungshause, zwei Krankenpavillons, einem Hause für Unruhige, einem Verwaltungs- und einem Wirtschaftsgebäude, einem Kessel- und Maschinenhaus mit Desinfektionsanstalt. In den Jahren 1926/27 ist sie erweitert worden, soweit die beschränkten Platzverhältnisse es zuließen. Die ursprüngliche Anlage ist von Baudirektor *Zimmermann* geplant. Die Bettenzahl beträgt 330.

Die im Jahre 1900 im Seemannsheim eingerichtete *Anstalt für Schiffs- und Tropenkrankheiten* vermochte schon bald trotz einer im Jahre 1906 erfolgten Erweiterung ihren ständig wachsenden Aufgaben in den beschränkten Räumen nicht mehr zu genügen. Die Zahl der Ärzte, die sich für die Tropen vorbereiten oder ihre in den Tropen gesammelten Erfahrungen und Beobachtungen wissenschaftlich verwerten und vertiefen wollen, war dauernd im Zunehmen begriffen. Dazu kam eine Vermehrung der Aufgaben durch die Errichtung des Kolonial-Instituts. Die Ausdehnung der wissenschaftlichen, auf die Erforschung und Bekämpfung der Tropenkrankheiten gerichteten Tätigkeit hielt damit gleichen Schritt.

In den Jahren 1910/14 wurde deshalb ein Neubau für das Institut in unmittelbarer Nähe des Hafens am Rand der Elbhöhe errichtet. Die Bauanlage gliedert sich in ein Hauptgebäude, einen Krankenpavillon und ein Tierhaus; sie ist von Oberbaudirektor *Prof. Dr. Schumacher* entworfen worden. Die Krankenbettenzahl beträgt 60.

In den Jahren 1912/14 wurde an der Finkenau das *Institut für Geburtshilfe* errichtet. Es besteht aus einem hufeisenförmig angelegten Hauptgebäude, einem in der Achse des Hufeisens zwischen seinen Flügeln errichteten Wirtschaftsgebäude, dem Kessel- und Desinfektionshause und dem Inspektorwohnhause. Es enthält eine Entbindungsanstalt und ein Heim für Säuglinge, die nach Entlassung ihrer Mütter weiterbehandelt werden müssen. Außerdem ist mit ihm eine wissenschaftliche und praktische Lehranstalt verbunden, die in den Jahren 1927/28

durch einen Anbau an das Hauptgebäude mit einem Hörsaal, Bureauräumen, Dienstwohnungen für die Maschinisten und Wohnräumen für die Angestellten erweitert wurde. Gleichzeitig wurde damals ein Direktorwohnhaus errichtet. Die Anlage ist von Oberbaudirektor *Prof. Dr. Schumacher* entworfen worden.

DIE STAATLICHEN KRANKENHÄUSER IN BERGEDORF UND CUXHAVEN.

Außerhalb der Stadtgemeinde Hamburg hat der hamburgische Staat in den Städten Bergedorf und Cuxhaven besondere Krankenhäuser errichtet.

In *Bergedorf* befand sich früher nur eine kleine, zu längerer Verpflegung nicht geeignete Krankenstation für vier bis sechs Kranke. Die Stadt Bergedorf, die Vierlande und die benachbarten marschländischen Gemeinden des hamburgischen Staates waren auf die weit entfernten hamburgischen Krankenanstalten angewiesen. Die Unzuträglichkeiten, die sich hieraus ergaben, führten im Jahre 1909 zur Errichtung eines staatlichen Krankenhauses in Bergedorf für etwa 50 Betten. Die kleine Anstalt besteht aus dem Hauptgebäude, das die Räume der Verwaltung und der Krankenbehandlung enthält, aus einem Leichenhause, einem Wäschereigebäude mit Desinfektionshaus und einem Verwalterwohnhaus. Sie ist von Baudirektor *Dr. Ruppel* entworfen worden. Die Krankenbettenzahl ist unter äußerster Ausnutzung aller geeigneten Räume inzwischen auf 100 angewachsen.

In der Stadt *Cuxhaven* wurde im Jahre 1899 die öffentliche Krankenbehandlung in staatliche Verwaltung genommen. Im Jahre 1900, als sich ein vorhandenes älteres Krankenhaus als völlig unzureichend erwiesen hatte, wurde nach den Plänen von Baudirektor *Dr. Ruppel* an der Altenwalder Chaussee ein neues Krankenhaus errichtet, das für 54 Kranke ausreichte.

Diese Anstalt wurde schon bald zu klein. Der Aufschwung, den die Stadt Cuxhaven durch die Entwicklung der Fischindustrie und den damit zusammenhängenden Ausbau ihres Hafens nahm, führte zur Errichtung eines neben dem alten Gebäude stehenden Erweiterungsbaues in den Jahren 1926/27, der von Oberbaurat *Göbel* entworfen wurde. Der Neubau ist als zweigeschossiger Korridorpavillon für 141 Betten errichtet worden. Er enthält außerdem neue Operationsräume und Wohnräume für die Schwestern und Pflegerinnen. In symmetrischer Lage zu dem alten Krankenhause wurde ein Desinfektions- und Leichenhaus erbaut, das eine würdig ausgestattete Kapelle enthält.

Pläne und Ansichten siehe die folgenden Aufsätze.

MEDIZINISCHE INSTITUTE UND SONDERBAUTEN

VON OBERBAUDIREKTOR PROF. FRITZ SCHUMACHER

DR.-ING. H. C., DR. MED. H. C., DR. TECHN. H. C.

UNTER den neueren Bauten, die praktischen oder wissenschaftlichen medizinischen Zwecken dienen, hebt sich das *Tropeninstitut* in Hamburg (Architekt *Fritz Schumacher)* besonders hervor.

Robert Koch hat zuerst darauf hingewiesen, daß ein Institut zur Erforschung der Tropenkrankheiten im Mutterlande wichtiger sei als in den Kolonien. Sein Wunsch wurde 1900 in Hamburg erfüllt. Zunächst in provisorischen Räumen, erst 1910 waren die Dinge so weit, daß ein Neubau bewilligt wurde. Man hatte dafür einen Platz unmittelbar am Hafen auf der Höhe des Geestrandes gewählt, der betriebstechnisch außerordentlich günstig, aber architektonisch ebenso ungünstig war. Auf einem spitz zulaufenden Keil mußten Institut, Tierhaus und Krankenhaus als selbständige Baukörper errichtet werden. Darin lag die Gefahr der Verzettelung der Wirkung, die nur dadurch gebannt werden konnte, daß an der Hafenseite das Maximum einer einheitlichen Front entwickelt wurde. Sie erhielt ihre Betonung durch einen schräg abschließenden Eckbau, der alle großen Säle des Instituts aufnahm (Ausstellung, Kursussaal, großer Hörsaal) und durch Giebel und Turm besonders hervorgehoben wurde.

Auch im Innern mußte alles nach Möglichkeit zusammengefaßt werden, um dem Bedürfnis nach großen zusammenhängenden Raumkomplexen für Laboratoriumszwecke gerecht werden zu können.

Die Besonderheit der Anforderungen des Instituts machte die Aufgabe reizvoll. Sie trat besonders im Tierhaus hervor, während das Krankenhaus (für 60 bis 70 Betten berechnet) sich nur durch die Trennung von weißer und farbiger Rasse von dem Typus ähnlicher Anlagen unterscheidet. Die ganze Gruppe

der drei Anstalten mußte der anspruchsvollen Rolle, die sie in der Silhouette des Hafeneindrucks spielt, angepaßt werden.

Mit dem Bau wurde 1910 begonnen, 1914 wurde er eingeweiht. Die Baukosten betrugen 1,5 Millionen.

Ein anderer großer Institutsbau, der ebenfalls mit einem eigenen Krankenhaus verbunden ist, entstand gleichzeitig von 1912 bis 1914 in Gestalt des *Instituts für Geburtshilfe.* (Architekt *Fritz Schumacher.)*

Die Entbindungsanstalt ist dabei der Kern der Anlage. Sie enthält die Kreiß- und Operationssäle mit ihren Nebenräumen. Damit vereinigt sind drei verschiedene Abteilungen für Wöchnerinnen: 215 Betten für normale Fälle, 20 Betten für Infektionsfälle und 20 Betten für nicht ansteckende kranke Mütter.

Das Programm umfaßt ferner ein Säuglingsheim, das ganz von der Entbindungsanstalt getrennt ist. Hier werden die Säuglinge aufgenommen, die nach Entlassung ihrer Mütter weiterbehandelt werden. 20 asylierte Mütter finden hier Unterkommen als Ammen.

Endlich aber dient der Bau einer mit diesen Abteilungen verbundenen wissenschaftlichen und praktischen Lehranstalt. Das Haus birgt Raum für 20 Schülerinnen und hat alle Einrichtungen für den Lehrbetrieb und die wissenschaftlichen Studien seiner Ärzte. Bei einem Anbau, der 1928 fertiggestellt wurde, ist diese Seite durch einen großen Hörsaal besonders weitergebildet.

In der Anlage des Gebäudes sind seine verschiedenen Funktionen klar voneinander unterschieden. Daraus erklärt sich sein in regelmäßigen Flügeln entwickelter Aufbau, dessen Achse dadurch festgelegt war, daß man einen vorhandenen Hallenbau zum Wirtschaftsgebäude umbauen mußte. In dieser Achse schließt sich als selbständiger Bau das Kesselhaus mit der Desinfektionsanlage an.

Da das Gebäude in einem Villenviertel liegt, mußte es in seinem äußeren Charakter und seiner inneren Disposition so eingerichtet werden, daß sein Zweck nicht störend hervortritt. Es ist deshalb architektonisch so gegliedert, daß seine Größe (der Haupttrakt hat 100 m Front) nicht ins Auge fällt und seine Höhe durch ein voll ausgebautes Dach gemindert erscheint. Die Zubringung der Patienten erfolgt vom Hof, an dem sich auch als Mittelpunkt der ganzen Anlage die Gruppe der Operationssäle befindet, und wo sich die langen offenen Galerien des Säuglingsheims an einem Flügel entlang ziehen. Für die Wöchnerinnen sind Räume von sieben, fünf und zwei Betten vorgesehen, zwischen ihnen sind die Couveusen und die Pflegerinnenzimmer eingeschoben. Die Speiseaufzüge münden in Teeküchen. Helle Aufenthaltsräume und Terrassen sind vorhanden. Die Infektionsabteilung und die Säuglingsabteilung haben einen eigenen Operationssaal.

Im Untergeschoß sind neben den Wirtschaftsräumen große Speiseräume eingerichtet. Für Ärzte und für Schwestern ist ein eigenes Kasino vorhanden. Die Bausumme des Gebäudes betrug 1775000 Mark.

Ein drittes großes Institutsgebäude ist dem Eppendorfer Krankenhause eingegliedert. Es ist das Pathologische Institut (Architekt *Fritz Schumacher*), das keine Betten enthält, sondern nur fünf wissenschaftlichen Zweigen das Instrument zur zeitgemäßen Betätigung bietet. Allen gemeinsam ist ein großer Hörsaal für 190 Personen, der aber so eingerichtet und belegen ist, daß er dem beherrschenden Gebiet, dem das Gebäude dient, der pathologischen Anatomie, durch unmittelbaren Zusammenhang als Vorführungsraum dienen kann. Ein großer Seziersaal mit zehn Tischen und ein kleiner Seziersaal mit vier Tischen schließen sich daran, beide stehen mit den Leichenräumen des Kellers, den Kühlräumen usw. in bequemer Verbindung. Die Laboratorien, Mikroskopiersäle und sonstigen Räume nehmen durch zwei Geschosse die Mitte und den rechten Seitenflügel des Bauwerks in Anspruch. Im linken Seitenflügel ist nach Geschossen getrennt eine Abteilung mit wissenschaftlichen Laboratoriumsplätzen für die Ärzte der Eppendorfer Anstalt. Im nächsten Geschoß ist die Abteilung für Serologie, darüber die Physiologie und in den Räumen des Dachgeschosses die Abteilung für pathologische Chemie angeordnet. Laboratorien, Operationszimmer und Arbeitsräume reihen sich in einer Weise aneinander, die den jeweiligen Spezialbedürfnissen entspricht. Die für die Versuche nötigen Tiere sind in Ställen auf dem Hofe untergebracht. Das Äußere des Bauwerks entwickelt sich in einfachen Flügeln, die einen Mittelbau umfassen, in dem der große Hörsaal deutlich hervortritt. Die beiden Eingänge ermöglichen eine Sonderung der Anatomie von den übrigen Instituten.

Dieser Mittelpunkt für wissenschaftliche Arbeit wurde dem Krankenhause schon 1913 bewilligt, aber die Wechselfälle des Krieges und der Nachkriegszeit machten nach bunter Baugeschichte erst 1926 die Vollendung möglich.

Ein weiterer großer Neubau, der mit dem Eppendorfer Krankenhause in Verbindung steht, ist das *Schwesternhaus* (Architekt *Fritz Schumacher*), das den Bedürfnissen der Schwesternschaft einen Mittelpunkt geben soll. Es umfaßt die Schlaf- und Wohnräume von 36 Schwestern sowie ganz für sich abgeschlossen das Mutterhaus für 80 Schülerinnen, das mit der Wohnung der Oberin in Verbindung steht. Dazu 40 Betten für Stationsmädchen. Den

Kern der Anlage bilden die Gesellschaftsräume: ein großer Saal für 120 Personen, an den sich ein Musikraum und ein kleiner Speiseraum anschließt. Die gesamte Schwesternschaft der Anstalt wird hier verpflegt, wofür die Küchenräume im hohen Untergeschoß angeordnet sind.

Der Bau umfaßt klosterartig mit zwei Flügeln einen Garten, der vom Krankenhaus abgewendet liegt. Eine als Wohnraum eingerichtete Halle steht ebenerdig mit ihm in Verbindung.

Der Bau, für den 485 000 Rm. bewilligt wurden, ist 1912 bis 1914 ausgeführt.

Mit dem Waisenhause verbunden ist ein Institutsgebäude, das der *Säuglings- und Kleinkinderpflege* dient. (Architekt *Fritz Schumacher.)*

Das Erdgeschoß ist bestimmt für die Wartung von 60 Kindern, die bereits kriechen können. Für je 20 ist ein geschlossener Betrieb von Schlafraum, Tagesraum und Schwesternzimmer eingerichtet. Die Wand zwischen Schlafraum und Tagesraum ist mit Fenstern durchbrochen. Vor der Raumreihe läuft eine überdeckte Veranda entlang, die mit dem Garten in Verbindung steht.

Ganz getrennt mit eigenem Eingang und Besuchsraum entwickelt sich im ersten Stock die Säuglingsabteilung. Sie faßt 160 Säuglinge. Dreizehn der Räume, die sie aufnehmen, liegen nebeneinander an der Südseite, vor ihnen erstreckt sich eine glasgedeckte Liegehalle. Die Räume sind nur durch Glaswände getrennt, sie haben Wäscheschränke und Milchwärmeapparate unter den Fenstern, die zum Korridor blicken.

Auf dem einen Flügel ist die Wohnung der Oberschwester, auf dem andern die Isolierabteilung mit besonderer Treppe angelegt. Die Arzträume liegen an einer geräumigen Mittelhalle. Im Dach sind die Schlafräume der Erwachsenen, im Untergeschoß Speiseräume und Milchküche.

Der in dunklen Klinkern ausgeführte Bau ist nach der Straßenseite reich gegliedert und erhält eine freundliche Belebung durch farbig emaillierte Klinkerplastik. Die hauptsächlichsten Bauarbeiten wurden in den ersten Kriegsjahren unter großen Schwierigkeiten ausgeführt.

Besondere Anforderungen an architektonischen Weiterausbau stellten in den letzten 20 Jahren auch die beiden großen *Irrenanstalten* Hamburgs.

In *Langenhorn* umfaßten die Anlagen, die 1892 begonnen waren und 1898 und 1904 erweitert wurden, etwa 1000 Betten. Eine dritte Erweiterung fand 1910 bis 1914 statt. Sie wurde im Umfange eines vollen Ausbaues einer einheitlich zu leitenden Anstalt vorgenommen. Sie zeigt an medizinischen Bauten zwei Lazarette, drei Pflegerhäuser, ein Beobachtungshaus, vier Überwachungshäuser und ein gesichertes Haus mit zusammen 1057 Betten (heutige Belegungsmöglichkeit). Diese Anlage wird ergänzt durch ein Beschäftigungshaus und Anbauten an drei ältere Häuser. 1925 bis 1927 wurden Liegehallen für Lungenkranke und Anbauten an zwei Beobachtungshäusern errichtet. (Architekt *Göbel.*) Die Gesamtzahl der zur Zeit verfügbaren Betten beträgt 2170.

Einem Neubau nicht ganz unähnlich war die in den Jahren 1913 bis 1915 erfolgte *Neuorganisation der Irrenanstalt Friedrichsberg*, die in ihrem schönen Park 13 Neubauten größeren Umfanges sowie neun Umbauten vornahm, die Neubauten nahezu gleichkommen. (Architekt *Fritz Schumacher.)*

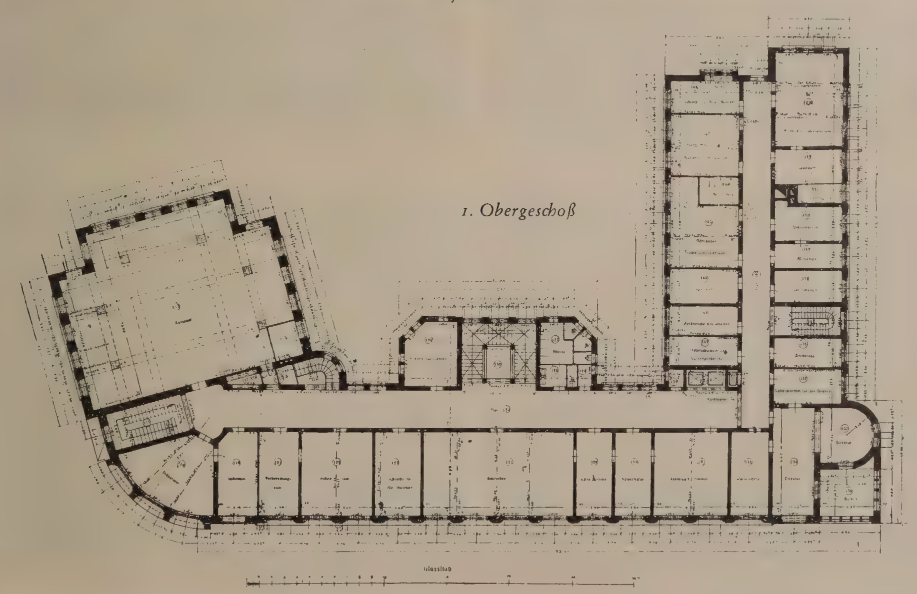
Es entstand dadurch eine Anstalt von 1482 Betten. Der Architekt mußte die neuen Bauten so in die vorhandene Gruppierung einfügen, wie der medizinische und wirtschaftliche Betrieb es forderte, er mußte aber zugleich versuchen, diese Vergrößerung so zusammenzufassen, daß sie der Anstalt ein neues Gesicht gab. Zu diesem Zweck sind mehrere Bauten zu einem großen zentralen Platz vereinigt: das Lazarettgebäude für Männer als Mittelstück, je zwei Pavillons für Unruhige von verschiedener Klasse als Seitenabschluß und das neue Küchengebäude, das in den alten Hauptbau eingegliedert ist, als Gegenstück des Lazaretts. Diese Gebäude, deren innere Disposition die Grundrisse zeigen, sind in einem freundlichen, durch viele Veranden aufgelösten Charakter gehalten. Besonders bemerkenswert sind die offenen Häuser und die Häuser für Jugendliche, die villenartig ausgebildet sind, um den Eindruck einer Anstalt möglichst verschwinden zu lassen. Ein ländlicher Zug geht auch durch alle Wirtschaftsbauten. Das Verwaltungsgebäude, das am Rande des Parks liegt, betont vor allem die Funktion des stattlichen Eingangs. In ihm sind außer den Direktorzimmern auch die Gesellschaftsräume und die Wohnungen der Ärzte untergebracht.

Für die von 1911 bis 1914 ausgeführten Bauten wurden 3 796 500 Rm. bewilligt.

Die hier einzeln hervorgehobenen Bauwerke zeigen nur einen Teil der Tätigkeit, die die Baudeputation neben den Krankenhausbauten für die Zwecke der Gesundheitsbehörde in den beiden letzten Jahrzehnten ausgeübt hat.

Sehr zahlreich waren dabei die Umbauten, denn auf kaum einem andern Gebiete entwickeln sich so schnell neue Bedürfnisse, wie auf dem der medizinischen Anstalten, so daß das Widerspiel von ärztlicher Forderung und baulicher Lösung in einer großen Stadt in ständigem Flusse bleibt.

Hafenseite



1. Obergeschoß

INSTITUT FÜR SCHIFFS- UND TROPENKRANKHEITEN

ARCHITEKT: SCHUMACHER



Hörsaal



Kursussaal



Laboratorium



Krankensaal



Laboratorium

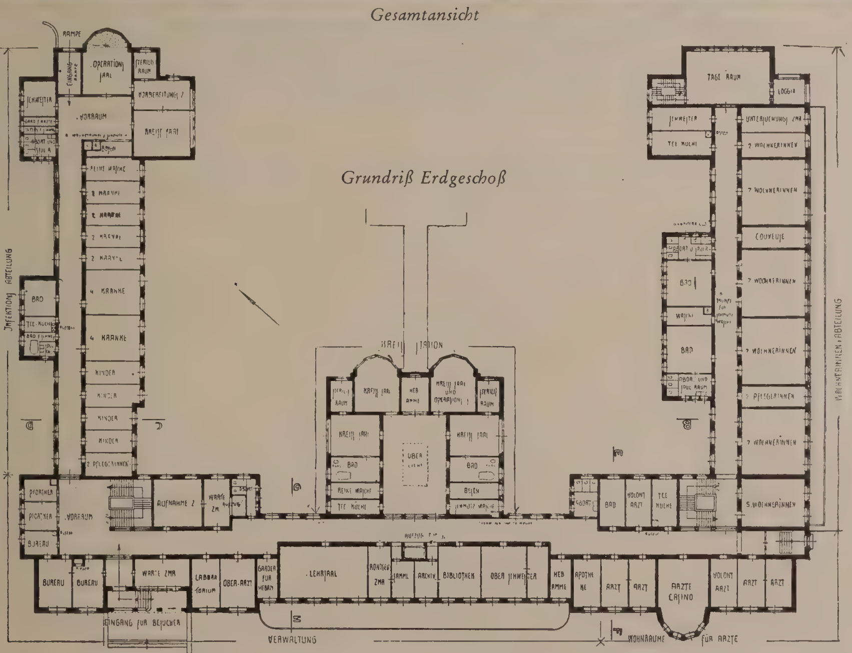


Tierhaus

INSTITUT FÜR SCHIFFS- UND TROPENKRANKHEITEN

ARCHITEKT: SCHUMACHER

Gesamtansicht



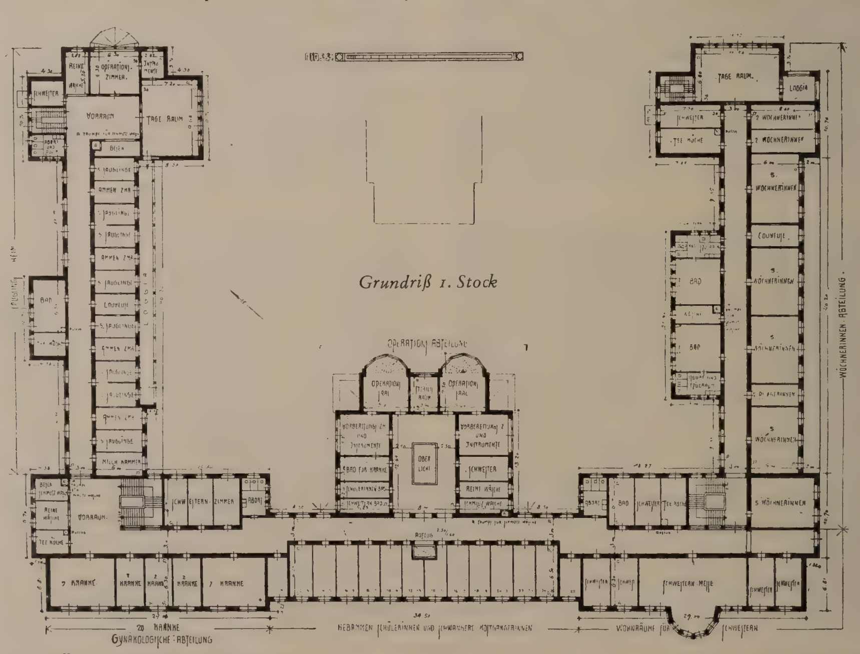
Grundriß Erdgeschoß

INSTITUT FÜR GEBURTSHILFE ARCHITEKT: SCHUMACHER





Operationssäle, Gemeinschaftsräume der Ärzte und Schwestern



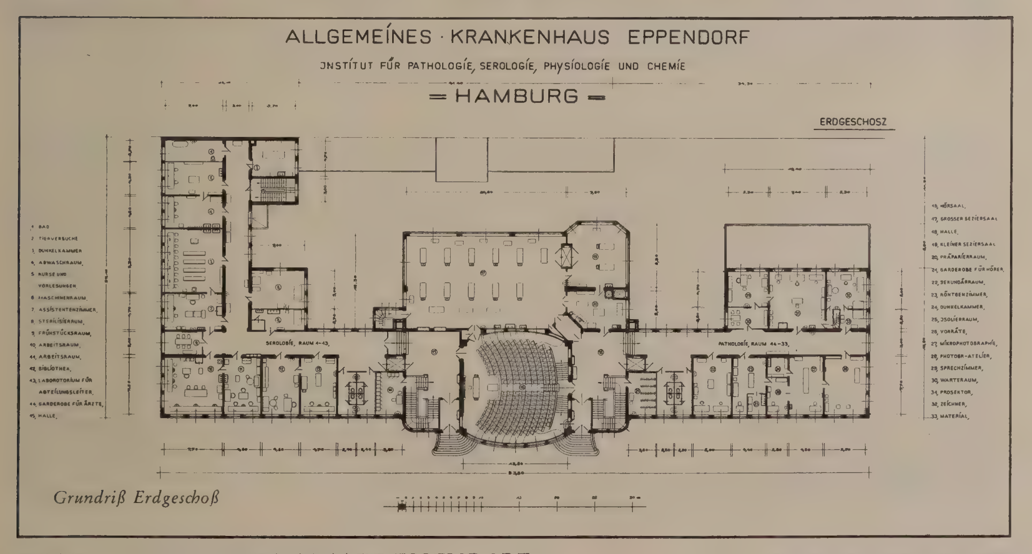
Grundriß 1. Stock

INSTITUT FÜR GEBURTSHILFE

ARCHITEKT: SCHUMACHER



Mittelbau



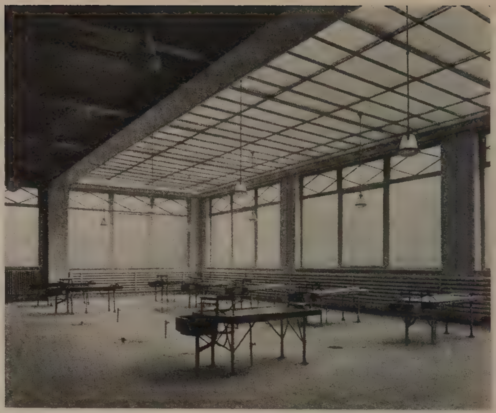
Grundriß Erdgeschoß

PATHOLOGISCHES INSTITUT IN EPPENDORF

ARCHITEKT: SCHUMACHER



Großer Hörsaal



Seziersaal



Mikroskopiersaal



Laboratorium für Serologie



Laboratorium für Physiologie

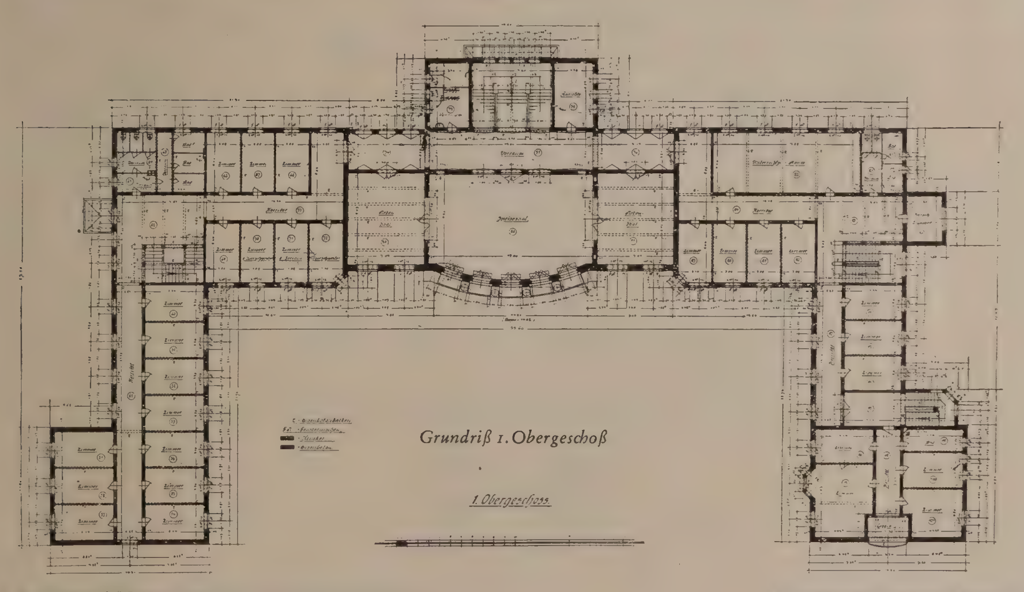


Laboratorium für Oberärzte

PATHOLOGISCHES INSTITUT IN EPPENDORF

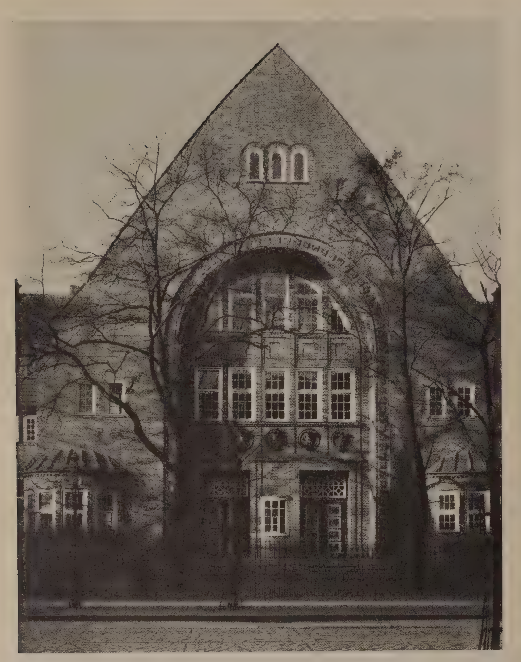
ARCHITEKT: SCHUMACHER

Gartenseite



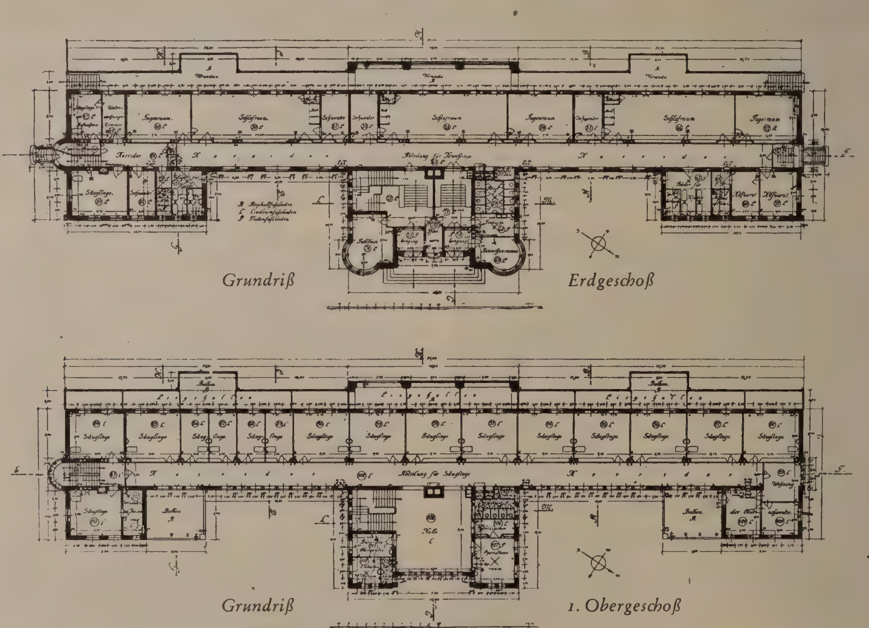
SCHWESTERNHAUS IN EPPENDORF

ARCHITEKT: SCHUMACHER





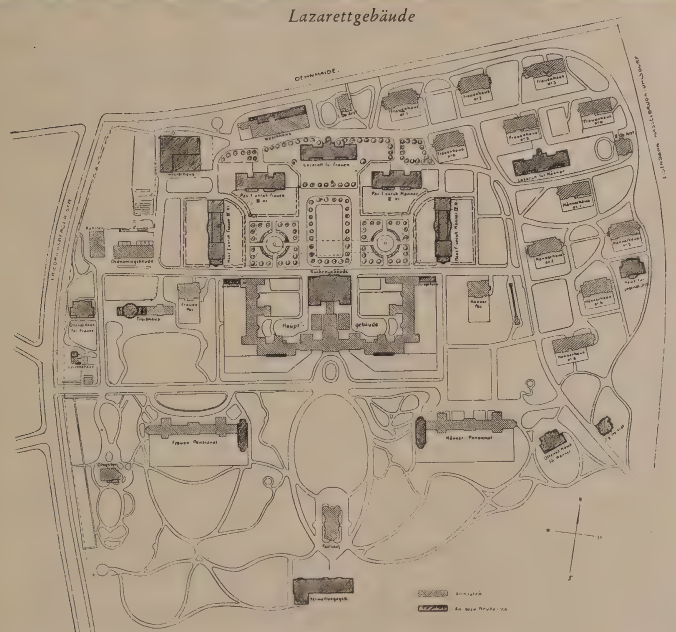
Straßenseite und Gartenseite des Mittelbaues



Grundriß Erdgeschoß

Grundriß 1. Obergeschoß

Lazarettgebäude



Lageplan der gesamten Anstalt

IRRENANSTALT FRIEDRICHSBERG

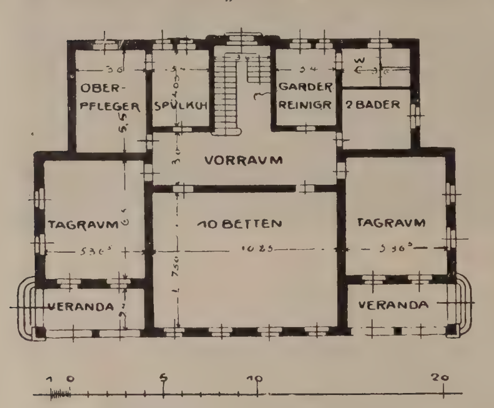
ARCHITEKT: SCHUMACHER



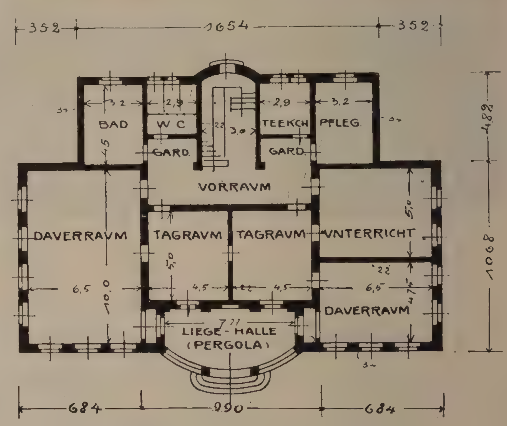
Offenes Haus



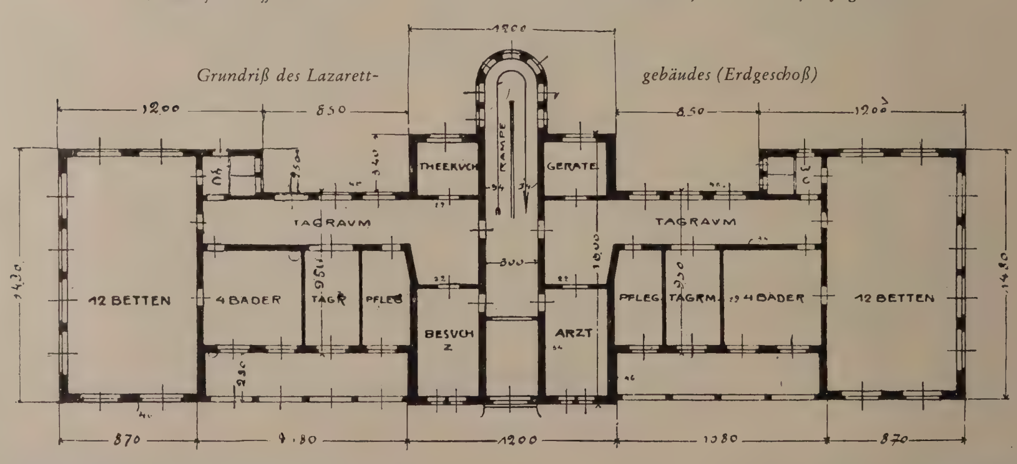
Haus für Jugendliche



Grundriß des offenen Hauses



Grundriß des Hauses für Jugendliche



Grundriß des Lazarett- gebäudes (Erdgeschoß)

IRRENANSTALT FRIEDRICHSBERG — ARCHITEKT: SCHUMACHER

ALLGEMEINE VORBEMERKUNGEN ÜBER DIE KRANKENANSTALTEN IN HAMBURG

VON PHYSIKUS DR. MED. KURT HOLM

Die hamburgischen Krankenanstalten sind in staatliche und private Krankenanstalten und letztere in gemeinnützige und für den Erwerb errichtete zu trennen. Nach den einzelnen Aufgabengebieten unterscheidet man zwischen Allgemeinen Krankenhäusern und Anstalten für Geisteskranke, die beide zusammen alle Arten von Krankheiten umfassen. Daneben findet sich bei den kleineren staatlichen und besonders bei den privaten Anstalten eine weitergehende Beschränkung auf einzelne Disziplinen der Medizin: Entbindungsanstalten, die recht zahlreich sind, eine Klinik für Geschlechtskranke, eine für Augenkranke, Krankenhäuser, die keine Geschlechtskranke aufnehmen, eine private Anstalt für Geisteskranke, Kinder- und Säuglingskrankenhäuser, Heilstätten usw. Nicht alle diese Anstalten liegen in der Stadt Hamburg oder überhaupt auf hamburgischem Gebiet. Einzelne finden sich wegen der für die Behandlung nötigen klimatischen Faktoren recht weit entfernt an der See, in waldreicher Gegend oder auch im Mittelgebirge.

Alle Anstalten zusammen haben eine recht beträchtliche Krankenbettenzahl, die aus den beigegebenen Tabellen ersichtlich ist, doch muß die Bewertung für die allgemeinen Aufgaben der Versorgung der Stadt eine unterschiedliche sein, wie sie auch bei der zahlenmäßigen Übersicht zum Ausdruck gebracht worden ist. Die staatlichen Krankenhäuser werden am umfassendsten den modernen Ansprüchen der Krankenversorgung in medizinischer und wirtschaftlicher Hinsicht gerecht und werden hierin nur noch von den gemeinnützigen Privatanstalten ungefähr erreicht, die sich neben ihren vorzüglichen neuzeitlichen Einrichtungen auch noch durch Innehaltung der unter den Selbstkosten liegenden staatlichen Pflegesätze auszeichnen. Für plötzliche Anstiege in den Zahlen der ansteckenden Krankheiten kommen allerdings fast ausschließlich die staatlichen Anstalten in Frage, und man wird erst dann auf die privaten Anstalten zurückgreifen können, wenn außerordentliche Ereignisse dazu zwingen.

Durch vorstehende Bemerkungen soll nun durchaus nicht gesagt sein, daß etwa die meisten privaten Anstalten nicht zeitgemäß oder gut seien. Sie sind vielmehr sogar in der Mehrzahl sehr gut eingerichtet und ärztlich versorgt. Ihre Beschränkung auf einzelne Gebiete der Krankenbehandlung, ihre höheren Preise, die vielfach für wohlhabendere Kreise berechnet sind, und ihre weitergehende Unabhängigkeit bedingen aber, daß sie für die allgemeine Versorgung der großen Masse der Bevölkerung nicht in dem Umfange ihrer Bettenzahlen in Betracht kommen.

Berücksichtigt man weiter, daß die Fortschritte der Medizin, die eine feinere Technik in Diagnose und Therapie mit sich gebracht haben, und unsere heutigen Auffassungen von der sozialen Krankenfürsorge, die u. a. einen Niederschlag gefunden haben in den Aufgaben der Krankenhilfe durch Kommunen und Versicherungsträger, eine viel häufigere Einweisung ins Krankenhaus bedingen, als es früher der Fall war, so wird man begreifen, daß die staatlichen Krankenhäuser Hamburgs fast stets an die Grenze der möglichen Belegung gefüllt sind und häufig genug schon ein Mangel an freien Betten unangenehm fühlbar war. So frühzeitig und eingehend Hamburg auch immer für die Versorgung seiner Kranken gesorgt hat und auf seine Einrichtungen stolz sein kann, so ist doch weiterer Ausbau nötig, und es sind auch wieder größere Erweiterungen geplant, über deren Form allerdings im einzelnen noch keine Entscheidung getroffen ist.

Für die Irrenanstalten, die ebenso wie die Allgemeinen Krankenhäuser unter ständiger Überbelegung leiden, wird dadurch eine Entlastung geschaffen, daß die Lübeckische Irrenanstalt Strecknitz für die Aufnahme hamburgischer Kranker ausgebaut wird und der Betrieb dieser erweiterten Anstalt dann durch die beiden Hansestädte unter engerer Angliederung an Lübeck gemeinschaftlich geschieht.

Die staatlichen Krankenhäuser umfassen die drei großen Allgemeinen Krankenhäuser St. Georg, Eppendorf und Barmbeck, die Staatskrankenanstalten Friedrichsberg und Langenhorn für Geisteskranke, das Institut für Geburtshilfe, das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, das Hafenkrankenhaus, das vorwiegend als Unfallkrankenhaus bezeichnet werden kann, die Krankenhäuser in Bergedorf und Cuxhaven, die ihrer Aufgabe als Kleinstadt- und Landkrankenhäuser entsprechend eingerichtet sind, und die Hamburgische Kinderheilstätte in Sülzhayn im Harz. Die Bettenzahlen der letzteren Anstalten liegen um etwas über 100; die Anstalten der Stadt sind erheblich größer und die höchste Zahl erreicht das Eppendorfer Krankenhaus mit 2770 Krankenbetten. Alle diese Anstalten stehen in weitestem

Übersicht der hamburgischen staatlichen und privaten Krankenbetten.

	1. Medizin.	2. Chirurg.	3. Gynäkologische Entbindungen Neugeborene	4. Augen	5. Hals, Nasen, Ohren	6. Nerven	7. Haut- und Geschlechtskranke	8. Betten in Kinderkrankenhäusern	9. Geisteskranke	10. Reservebetten für Unglücksfälle	11. Tbc.-Heilstätten und Krankenhäuser	12. Gesamtzahl der Betten I	II	III	IV
I. Staatliche Krankenanstalten:															
Allgemeines Krankenhaus St. Georg	741	449	157	24	42	145	364	178	—	—	—	2 100			
Allgemeines Krankenhaus Eppendorf	1146	735	291	127	72	210	189	—	—	—	—	2 770			
Allgemeines Krankenhaus Barmbeck	986	520	236	42	50	189	377	—	—	—	—	2 400			
Staatskrankenanstalt Friedrichsberg	—	—	—	—	—	—	—	—	1902	—	—	1 902			
Staatskrankenanstalt Langenhorn	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	—	324	2 224			
Hafenkrankenhaus	248							—	—	82	—	330			
Institut für Geburtshilfe	—	—	432	—	—	—	—	—	—	—	—	432			
Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60			
Staatskrankenhaus Bergedorf	100							—	—	—	—	100			
Staatskrankenhaus Cuxhaven	213							—	—	—	—	213			
Kinderheilstätte Sülzhayn (Harz) *(a)*								—	—	—	110*(a)*	110			
Summen:	8145							178	3802	82	434	12 641			
II. Staatliche Sonderabteilungen:															
Kleinkinderkrankenhaus des Jugendamts	—	—	—	—	—	—	—	95	—	—	—		95		
Krankenabteilung der Gefangenenanstalten	300							—	—	—	—		300		
Krankenabteilung des Versorgungsheims	1000							—	—	—	—		1000		
Summen:	1300							95					1395		
III. Größere private Krankenanstalten:															
Marienkrankenhaus	440	275	160	50	25	—	—	—	—	—	—			950	
Freimaurerkrankenhaus	80						—	—	—	—	—			80	
Vereinshospital vom Roten Kreuz	36	32	42	—	—	—	—	—	—	—	—			110	
Krankenhaus der deutsch-israelitischen Gemeinde	64	64	16	—	—	—	—	—	—	—	—			144	
Kinderkrankenhaus Rothenburgsort	—	—	—	—	—	—	—	231	—	—	—			231	
Diakonissen- und Krankenhaus „Bethanien“	37	33	130	—	—	—	—	—	—	—	—			200	
Diakonissen- und Krankenhaus „Bethesda“	38	82	10	—	—	—	—	—	—	—	—			130	
Diakonissen- und Krankenhaus „Bethlehem“	28	27	15	—	—	—	—	—	—	—	—			70	
Diakonissen- und Krankenhaus „Ebenezer“	70						—	—	—	—	—			70	
Diakonissen- und Krankenhaus „Elim“	25	68	54	9	10	—	—	—	—	—	—			166	
Diakonissen- und Krankenhaus „Jerusalem“	10	36	65	—	—	—	—	—	—	—	—			111	
Diakonissen- und Krankenhaus „Siloah“	12	15	45	—	—	—	—	—	—	—	—			72	
Klinik der St. Gertrud-Gemeindepflege	4	6	12	—	—	—	—	—	—	—	—			22	
Klinik Dr. Philip	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—			100	
Klinik Dr. Lienau	—	—	—		—	—	—	—	46	—	—			46	
Hamburg. Heilstätte Edmundsthal-Siemerswalde, Geesthacht	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	340			340	
Hamburg. Seehospital Nordheim-Stiftung, Sahlenburg-Cuxhaven *(a)*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	270*(a)*			270	
Summen:	2225							231	46	—	610			3112	
IV. 23 kleinere private Krankenanstalten und Kliniken:															
Summen:	726														726

Bemerkungen: Die Zahlen der Kinderbetten sind in den staatlichen und privaten Krankenanstalten in den Abteilungen enthalten. Nur ausschließlich Kinderbetten enthaltende Anstalten sind gesondert aufgeführt. Die Tbc.-Anstalten *(a)* enthalten nur oder fast nur Kinderbetten.

Die Gruppen I und II enthalten nur sehr wenige teurere Betten der 1. und 2. Verpflegungsklasse, die Gruppe III hat schon sehr viel mehr, bis etwa zur Hälfte oder mehr, und bei Gruppe IV überwiegen diese Betten ganz erheblich.

Die Gruppe I versorgt in erster Linie die allgemeinen Anforderungen der Stadt nach Krankenbetten, doch ist hier zu unterscheiden nach den einzelnen Disziplinen, besonders Kolonnen 1—7, 9, 11, und nach der örtlichen Lage.

Die Gruppen II und IV kommen nach ihren Sonderaufgaben bzw. nach der Art ihres Betriebes für die allgemeine Krankenversorgung der großen Massen nicht oder nur im Rahmen ihrer besonderen Zwecke in Betracht. Gruppe III ist hierzu schon in größerem Umfange imstande.

Umfange wechselnden Belegungsansprüchen nach den zentralen Anordnungen der Gesundheitsbehörde zur Verfügung, und auch ihre wirtschaftliche Verwaltung, über die anschließend in einem besonderen Aufsatz berichtet ist, wird trotz gewisser Selbständigkeit jeder einzelnen Anstalt im großen auch zentral geregelt. — In Hamburgs staatlichen Krankenhäusern ist von jeher neben der Behandlung der Kranken die wissenschaftliche Forschung stets besonders gepflegt worden, und so folgte man einer alten hamburgischen Tradition, als man bei der Gründung der Universität der medizinischen Fakultät in den Anstalten der Gesundheitsbehörde eine Stätte gab für Forschung und Lehre. Die einzelnen Disziplinen der Fakultät sind zwar nicht ausschließlich, aber doch vorwiegend in Eppendorf konzentriert, und fast alle ordentlichen Professoren sind als Direktoren und leitende Oberärzte in den Anstalten der Gesundheitsbehörde angestellt.

Staatliche Anstalten, die nicht unmittelbar der Gesundheitsbehörde unterstehen, sind das Kleinkinderkrankenhaus der Jugendbehörde und die Krankenabteilung der Strafanstalten. Die Aufgaben dieser beiden Anstalten und der Grund ihrer andersartigen Unterstellung sind aus ihren Namen ohne weiteres ersichtlich.

Die privaten gemeinnützigen Anstalten sind meist Gründungen konfessioneller oder andersartiger milder Stiftungen. Viele von ihnen haben bei der Errichtung oder bei größeren Erweiterungen staatsseitig Beihilfen erhalten und einige erfreuen sich laufend recht beträchtlicher Staatszuschüsse. Diese einmaligen, mehrmaligen oder regelmäßigen Beihilfen, sei es auch nur in Form der Hergabe des Grund und Bodens, haben häufig bestimmte staatsseitig gemachte Auflagen zur Folge, die sich meist mit den Konzessionsbedingungen decken, wie sie den für Erwerbszwecke errichteten Privatanstalten gestellt werden, die weiter unten beschrieben sind. Diese gemeinnützigen Privatanstalten, die im einzelnen in den folgenden Kapiteln beschrieben sind, zeichnen sich fast durchweg durch ihre Größe — das Marienkrankenhaus mit seinen rund 1000 Krankenbetten sei als größtes genannt —, ihre vorbildlichen und neuzeitlichen Einrichtungen und ihre umfassende ärztliche und pflegerische Versorgung aus. Alle diese Anstalten unterstehen der Aufsicht der Gesundheitsbehörde, die neben der fortlaufenden Beobachtung der allgemein gültigen Vorschriften für alle Sorten von Krankenhäusern durch regelmäßig wiederkehrende sachverständige Kontrolle geschieht.

Die *übrigen Kranken- und Entbindungsanstalten* unterliegen derselben Aufsicht und bedürfen darüber hinaus noch der Erlaubnis zum Betriebe gemäß §§ 30 und 53 der Gewerbeordnung, die von der Gesundheitsbehörde in der Form eines „Genehmigungsscheines" erteilt und entzogen wird. Ein solcher Genehmigungsschein legt fest: die Einteilung der Räumlichkeiten nach ihren Verwendungszwecken, die Person des ärztlichen Leiters, die der Zustimmung der Behörde bedarf, die Unterstellung unter die Aufsicht der Behörde und die danach zu treffenden Anordnungen, die Grundsätze für die Einweisung und Aufnahme der Kranken unter Ausschluß von ansteckenden und Geisteskrankheiten, die Regelung des Pflegedienstes, die Behandlung gebrauchten Verbandmaterials und die Vorschriften über die Krankenbuchführung sowie über deren alljährliche oder sofortige Berichterstattung. Zum Schluß werden die Strafbestimmungen und Bedingungen der Konzessionsentziehung durch die Gesundheitsbehörde nach den einschlägigen Paragraphen der Reichsgewerbeordnung festgestellt.

Für die *staatlichen wie privaten Irrenanstalten* bestehen noch besondere Vorschriften über die Einweisung, Entlassung und Verlegung der Kranken und über den Betrieb und die Überwachung der Anstalten. Im ganzen verfolgen diese Vorschriften den Zweck, die so häufig besprochenen und so selten vorkommenden unberechtigten Einweisungen und Zurückhaltungen von Personen in einer Irrenanstalt unmöglich zu machen. Die beauftragten Ausführenden dieser Verordnung sind Gerichtsärzte (Physici) und eine gemischte Kommission für das Irrenwesen unter Vorsitz eines Physikus. Besonders bemerkenswert ist, daß die amtsärztliche Attestierung der Eignung für die Behandlung in einer Irrenanstalt, die schon bei der ersten Einweisung regelmäßig geschieht, wiederholt werden muß, wenn eine Verlegung in eine auswärtige gleichartige Anstalt stattfinden soll.

DIE WIRTSCHAFTLICHE VERWALTUNG DER STAATSKRANKENHÄUSER

VON OBERVERWALTUNGSDIREKTOR SIBBERT (GESUNDHEITSBEHÖRDE)

DIE Geschichte der Verwaltung der hamburgischen Staatskrankenhäuser steht mit keinen geringeren Bewegungen als mit der in Hamburg 1527 aus Anlaß der Reformation erfolgten kirchlichen Neuordnung und mit dem Beginn des hamburgischen Verfassungsrechtes im ureigensten Zusammenhang. Zu jener bewegten Zeit, als die Bürger dieser Stadt das kirchliche Vermögen in Selbstverwaltung übernahmen, war es auch das Folgerichtige, die Verwaltung des von den vier Kirchspielen gemeinsam im Jahre 1527 errichteten Pesthofes, späteren Krankenhofes, jener Anstalt, die in geradliniger Entwicklung zu dem heutigen hamburgischen allgemeinen Krankenhause führt, einem Kollegium mit bürgerlichen Mitgliedern zu übertragen. In diesem Kollegium waren neben zwei Ratsherren sechzehn ehrenamtlich tätige Bürger mit Stimmrecht vertreten. Von diesem großen Kollegium, dem oberen Verwaltungskörper der Anstalt, wurde zur Erledigung der laufenden Geschäfte der Anstalt ein kleines Kollegium gebildet, dessen ältestes bürgerliches Mitglied alljährlich zum Provisor der Anstalt bestellt wurde. Diesem oblagen ehrenamtlich die inneren Verwaltungsgeschäfte der Anstalt, wie die Regelung des Dienstes, der Ökonomiebetrieb, das Rechnungswesen, die Verwaltung des Anstaltsvermögens, die Beschaffung der Betriebsgelder. Letztere flossen bis 1800 hauptsächlich aus Sammlungen in der ganzen Stadt, die von dem Provisor veranstaltet wurden.

Auch nach der im Jahre 1804 erfolgten Eingliederung des großen Kollegiums in die hamburgische Behördenorganisation und sogar nach dem 1821 bis 1823 erfolgten Bau eines neuen großen allgemeinen Krankenhauses an Stelle des von den Franzosen niedergebrannten Krankenhofes wurde die ehrenamtliche Provisorenverwaltung der Anstalt beibehalten. Erst 1865 wurde die unmittelbare ehrenamtliche Verwaltung der Anstalt durch die Schaffung der Stelle eines oberen Verwaltungsbeamten mit der Amtsbezeichnung Direktor in eine hauptamtliche Verwaltung umgewandelt. Seitdem hat die Provisorenverwaltung keineswegs aufgehört; sie besteht auch heute noch fort in der Bestellung ehrenamtlicher bürgerlicher Mitglieder der Behörde bei den einzelnen großen Anstalten mit der allerdings nicht mehr offiziellen, aber noch durchaus gebräuchlichen Bezeichnung Provisor. Nur gehört zur Provisorenverwaltung nicht mehr die unmittelbare Wahrnehmung der Anstaltsgeschäfte; sie ist beschränkt auf eine gewisse Oberaufsicht über die Anstaltsverwaltung. Zu diesem Zwecke werden von den Provisoren in der Anstalt, die ihrem besonderen Wirkungskreis durch die Behörde zugewiesen ist, Zusammenkünfte mit dem ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor veranstaltet. In diesen sogenannten Verwaltungssitzungen berichten die Direktoren über alle wesentlichen Angelegenheiten; es schließt sich auch wohl eine Besichtigung der Anstalt oder einzelner Betriebe an diese Zusammenkunft an. Es war natürlich, daß die bewährte Organisation der alten Anstalt auch für die später errichteten Großanstalten maßgeblich wurde. Die 1920 erfolgte Vereinigung des Krankenhauskollegiums und des Medizinalkollegiums zu einer einheitlichen Gesundheitsbehörde brachte in der ehrenamtlichen Provisorenverwaltung, so wie sie seit 1865 bestand, keine Veränderung.

Die einheitliche Zusammenfassung der fünf großen Anstalten des Krankenhauskollegiums und der vier mittleren Krankenanstalten, die wegen ihrer besonderen Bestimmung, der Seuchenabwehr usw., dem Medizinalkollegium unterstanden, sowie weiter die Angliederung von Betrieben, die bislang noch wieder andern Behörden angehört hatten, wie z. B. die öffentlichen Desinfektionsanstalten, das Polizeikrankenhaus (Hafenkrankenhaus) usw., brachten auch die Notwendigkeit der Durchführung des verwaltungstechnischen Berufsbeamtentums bis in die Behörde mit sich. Seit dieser Zeit wirkt unmittelbar bei der Behörde ein Oberverwaltungsdirektor neben den ärztlichen Spitzenbeamten. Die Notwendigkeit für die Schaffung der Stelle eines Oberverwaltungsdirektors hatte sich aus der Praxis ergeben, um einen einheitlichen wirtschaftlichen Betrieb in allen Anstalten zu gewährleisten. Der gesamte wirtschaftliche Betrieb der Anstalten und anderen Betriebe wird daher in erster Linie von dem Oberverwaltungsdirektor beaufsichtigt. Es ist natürlich, daß die nach einheitlichen wirtschaftlichen Grundsätzen geleiteten Anstalten rationeller bewirtschaftet werden können. Der Wichtigkeit seiner Position wurde bei der Neuordnung der behördlichen Organisation dadurch Rechnung getragen, daß der Oberverwaltungsdirektor neben den ärztlichen Spitzenbeamten, dem

Präsidenten und seinem Stellvertreter, zur Mitwirkung in den Behördensitzungen mit beratender Stimme berufen wurde.

Neben diesen besonderen Aufsichtsorganen für die wirtschaftliche Verwaltung der Anstalten, den Provisoren und dem Oberverwaltungsdirektor, steht der Präsident und über ihm der als Präses die Behörde leitende Senator. In ihm verkörpert sich der monokratische Zug in der Behördenorganisation. Der Präses hat, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, in allen zum Geschäftskreise der Behörde gehörigen Angelegenheiten die oberste Entscheidung. Er regelt den Dienstbereich der Behörde und ist der oberste Dienstvorgesetzte aller in der Behörde beschäftigten Personen. Er ernennt die Beamten der Behörde, soweit dies nicht vom Senat zu geschehen hat. Der Präses leitet die Sitzungen der Behörde und gibt bei Stimmengleichheit den Ausschlag. In dringenden Fällen ist der Präses zur selbständigen Entscheidung von Angelegenheiten befugt, die gesetzlich sonst in der Behördensitzung zu erledigen sind. Er hat ferner das Recht und die Pflicht, gegen Beschlüsse aus der Behördensitzung, die nach seiner Meinung den Gesetzen und dem Staatswohl zuwiderlaufen, Einspruch zu erheben, über den der Senat entscheidet.

Der kollegiale Aufbau der Behörde wird gebildet aus dem Präses und einem weiteren Senator als seinem Vertreter sowie acht von der Bürgerschaft gewählten bürgerlichen Mitgliedern und einem Finanzdeputierten, der von der Finanzdeputation aus ihren bürgerlichen Mitgliedern entsandt wird. Die Behörde hat grundsätzlich ihre Angelegenheiten selbständig und unter eigener Verantwortung zu erledigen. Sie vertritt den hamburgischen Staat vermögensrechtlich und vor den Gerichten im Rahmen ihres Geschäftskreises. In der Behördensitzung werden alle grundsätzlichen Angelegenheiten durch Beschlußfassung erledigt. Die Mitwirkung der bürgerlichen Mitglieder erstreckt sich insbesondere auf die Aufstellung des Haushaltsplanes, auf Änderungen in der Organisation der Behörde, auf die sachliche Erledigung von Beschwerden von allgemeiner Bedeutung und auf die an den Senat hinsichtlich der Anstellung und Beförderung von höheren Beamten zu richtenden Vorschläge. Im übrigen wird die Mitwirkung der bürgerlichen Mitglieder durch die Geschäftsordnung der Behörde geregelt.

Die Zweckmäßigkeit der oben erwähnten Provisorenverwaltung bei den Anstalten ist aus dem Aufgabenkreis der kollegialen Behörde ohne weiteres erkenntlich.

Die bei der Behörde unmittelbar unter der Leitung des Präsidenten und des Oberverwaltungsdirektors bestehenden Verwaltungsabteilungen und ihre Aufgaben sind aus dem nachstehenden Schema ersichtlich.

Die eigentliche wirtschaftliche Verwaltung jeder großen Anstalt ruht in den Händen ihres Verwaltungsdirektors und, soweit ärztliche Belange in Betracht kommen, auch des ärztlichen Direktors. Der Verwaltungsdirektor ist in erster Linie verantwortlich für den einwandfreien Gang der gesamten vielgestaltigen Verwaltungsgeschäfte. Unter dem Verwaltungsdirektor ist die innere Anstaltsverwaltung in der alten, bewährten Weise organisiert. Sie gliedert sich in allgemeine Verwaltung, Ökonomie, technischer Betrieb und verwaltungstechnischer Stationsdienst.

An der Spitze der allgemeinen Verwaltung der Krankenanstalten steht unter dem Verwaltungsdirektor ein Verwaltungsoberinspektor. Nur das Kassenwesen und das Rechnungswesen mit der Aufnahmeabteilung hat unter dem Verwaltungsdirektor eine größere Selbständigkeit, die sich aus der Art der Geschäfte ergibt.

Die Ökonomie (Küche, Lager, Waschhaus, Eishaus usw.) wird geleitet von dem Ökonomen in der Stellung eines Verwaltungsoberinspektors.

Der technische Betrieb untersteht dem technischen Oberinspektor; zum Teil ist dieser Betrieb wieder in eine Abteilung für die Heiz-, Lüftungs- und Maschinenanlagen und eine Hochbauabteilung mit je einem technischen Oberinspektor gegliedert, in welchem Falle der älteste von ihnen das technische Bureau leitet.

Der verwaltungstechnische Stationsdienst ist eingeteilt in mehrere Stationen, die meist den bestehenden großen Krankenstationen angepaßt sind. An der Spitze dieses Stationsdienstes steht je ein Stationsinspektor. Die Stationsinspektoren sind dem Verwaltungsdirektor unmittelbar unterstellt, haben also unter ihm keine weitere Spitze.

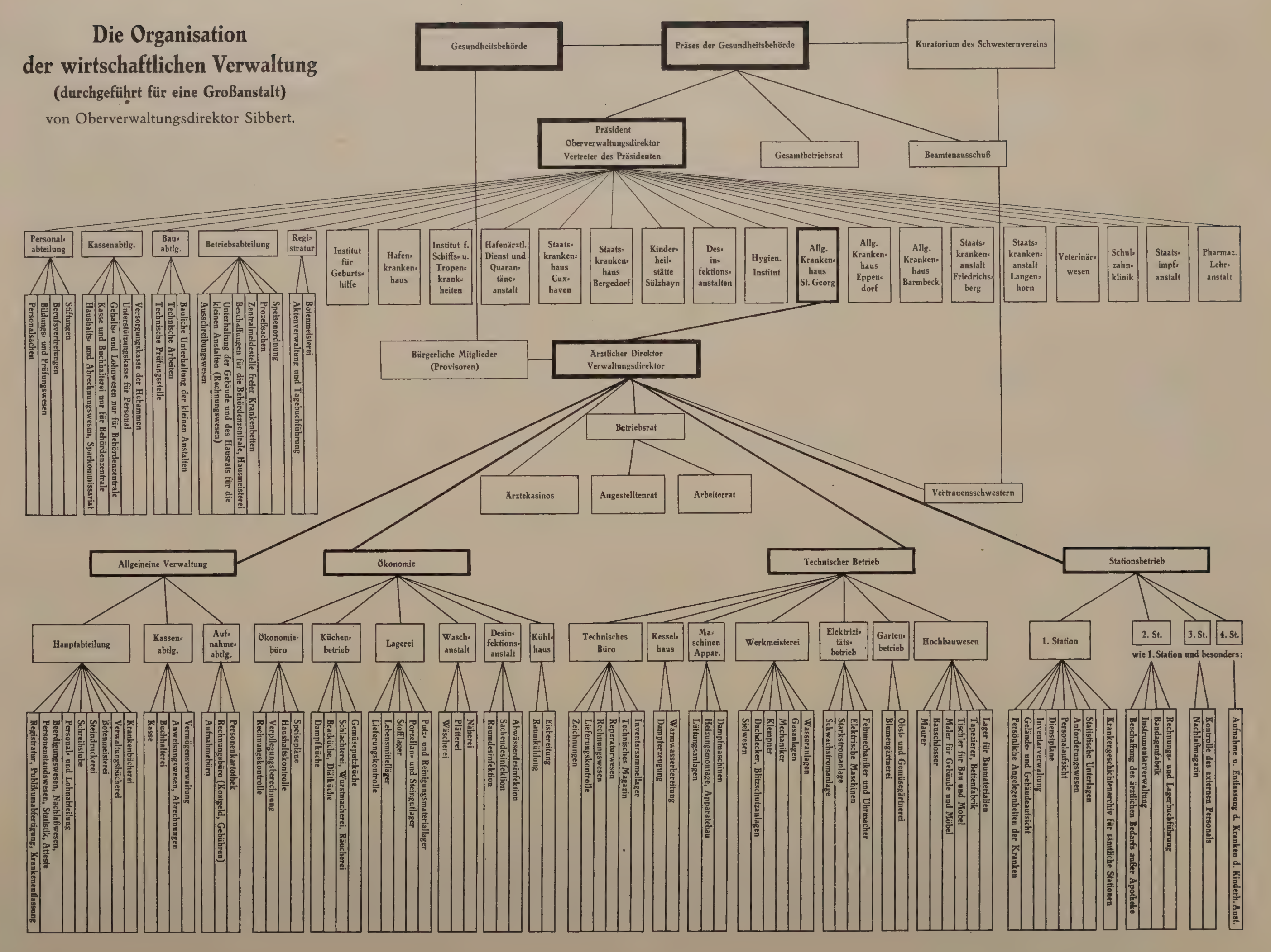
Es ist nicht Aufgabe dieser Abhandlung, eine ins einzelne gehende Darstellung der mannigfachen Obliegenheiten der Verwaltung zu geben. Einen Überblick bietet das beigefügte Schema, das für eine Großanstalt von über 2000 Krankenbetten angefertigt worden ist und durchweg, jedenfalls in ihren Grundzügen, auch für die übrigen Großanstalten zutrifft. In den mittleren Anstalten ist natürlich die Gliederung der Verwaltung nicht in dem gleichen Maße durchgeführt; je nach der Größe der Anstalt ruhen die verwaltungstechnischen Angelegenheiten hier in der Hand eines Verwaltungsamtmannes, Verwaltungsoberinspektors oder Verwaltungsinspektors.

In jeder Anstalt wirken im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeit ein Arbeiterrat und ein An-

Die Organisation der wirtschaftlichen Verwaltung

(durchgeführt für eine Großanstalt)

von Oberverwaltungsdirektor Sibbert.



gestelltenrat, die zusammen den Betriebsrat der Anstalt bilden. Alle Betriebsräte der stadthamburgischen Krankenanstalten wählen aus ihrer Mitte den Gesamtbetriebsrat der Behörde.

Die Interessen der Beamten, Bureauangestellten und sonstigen gehobenen Angestellten werden durch einen Beamtenausschuß, der für den Gesamtbetrieb der Behörde gewählt ist, wahrgenommen.

Die Ärzte und Apotheker, soweit sie nicht in leitender Stelle tätig sind, lassen ihre gemeinsamen Angelegenheiten durch die Kasinovorsitzenden vortragen.

Das Pflegepersonal der Anstalten besteht aus Schwestern, Pflegern und Pflegerinnen.

Die Schwesternschaft wird vertreten bei den Anstaltsdirektionen durch Vertrauensschwestern; das übrige Pflegepersonal wählt zur Hauptsache den oben erwähnten Angestelltenrat.

Die in den hamburgischen Staatskrankenanstalten beschäftigten Schwestern werden von dem Schwesternverein der hamburgischen Staatskrankenanstalten angefordert. Der Verein wird von einem Kuratorium geleitet, dem außer dem Präses der Gesundheitsbehörde als Vorsitzendem des Kuratoriums auch bürgerliche Mitglieder, die Oberin des Vereins und Abgeordnete der Schwesternschaft angehören.

Die Anstellung des Pflegepersonals, soweit es nicht dem Schwesternverein angehört, sowie der Handwerker und Arbeiter erfolgt durch Vermittlung der Nachweisstelle der Arbeitsbehörde.

Zur Ausbildung des ungeprüften Pflegepersonals und der Schwesternschülerinnen bestehen bei sämtlichen Großanstalten Krankenpflege- resp. Irrenpflegeschulen. Der Besuch dieser Schulen ist zwingend. Nach bestandener Prüfung wird durch die Gesundheitsbehörde die staatliche Anerkennung als Krankenpflege- oder Irrenpflegeperson verliehen.

Für den inneren Dienst der Anstalten sind teils allgemeine Ordnungen, wie die Hausordnung für die Kranken, teils besondere, mit dem betreffenden Amt verbundene Ordnungen, Dienstanweisungen, insbesondere für die oberen Beamten, Verwaltungsdirektoren, Ökonomen, technischen Oberinspektoren usw., von der Behörde erlassen.

Aus der allgemeinen Verwaltung der Anstalten gehen nur die bedeutungsvolleren Angelegenheiten an die behördlichen Oberbeamten bzw. an den Präses oder die Behörde, insbesondere die Sachen, die von der Behörde erstinstanzlich zu erledigen sind. Im übrigen führt jede Anstalt selbst ihren Schriftwechsel mit Privaten und Behörden. Für das Anweisungs-, Kassen- und Rechnungswesen gilt das gleiche; das Kassenwesen der Behörde ist dezentralisiert. Jede Anstalt verkehrt also unmittelbar mit der Hauptstaatskasse, erhebt aus ihr die erforderlichen Betriebsgelder auf eigene Anweisungen und verrechnet mit ihr die Einnahmen. Die Kassen- und Buchführung, auch die Lagerbuchführung, ist neben der durch den Verwaltungsdirektor ausgeübten besonderen Aufsicht auch unvermuteten Revisionen durch Beamte des Rechnungsamtes unterworfen.

Die Kranken- und Angestelltenverpflegung ist von der Behörde durch eine Speisenordnung für sämtliche Anstalten einheitlich geregelt. Die Bewegungsfreiheit ist natürlich für die ärztlichen Notwendigkeiten, besondere Diäten usw., keineswegs aufgehoben worden. Die Ausgaben für Verpflegung sind zwar budgetmäßig festgelegt worden und die Anstalten sind gehalten, mit diesen Beträgen zu wirtschaften, jedoch ist bisher einer Verschlechterung der Verpflegung, die bei einem festen Satz und bei steigenden Lebensmittelpreisen unvermeidlich wäre, durch Nachbewilligungen auf den Etat noch stets ohne besondere Schwierigkeiten vorgebeugt worden.

Für die Beschaffung der Lebensmittel, Bedarfsgegenstände, Baumaterialien usw. besteht in Hamburg keine zentrale Beschaffungsstelle. In ihrer Beschaffungsfreiheit sind die leitenden Verwaltungsbeamten allerdings gehemmt durch die gesetzliche Regelung des Ausschreibungs- und Verdingungswesens und soweit die Behörde besondere Regelungen getroffen hat. Nur solche Sachen, deren gemeinsame Beschaffung zweckmäßig ist, wie z. B. Wäsche, Porzellan, Konserven u. a., werden von der Behörde im Einvernehmen mit der Finanzdeputation ausgeschrieben und vergeben. Das weitere Verfahren obliegt alsdann wiederum den einzelnen Anstalten.

Die bauliche Unterhaltung und die Bauarbeiten der großen Anstalten ruhen in den Händen der Anstaltsverwaltungen, nachdem die Arbeiten bei der Aufstellung des Haushaltsplans kostenanschlagmäßig errechnet und bei größeren Bauarbeiten durch Pläne belegt worden sind. Die Notwendigkeit der vorzunehmenden Bauarbeiten, Neubeschaffung von Maschinen usw. wird vor Beginn des Rechnungsjahres durch behördliche Beamte (der Oberverwaltungsdirektor ist Hauskurator für die Behörde) geprüft. Nach Bewilligung des Haushaltsplans durch die Bürgerschaft obliegt die Durchführung der Arbeiten den Verwaltungsdirektoren der Anstalten. Diese sind an die Kostenanschläge an sich gebunden; jedoch können durch die Behörde Verschiebungen innerhalb der Kostenanschläge, soweit sie mit dem Staatshaushaltsrecht nicht im Widerspruch stehen, zugelassen werden. Größere bauliche Veränderungen, die das Äußere von Gebäuden wesentlich beeinflussen,

werden im Einvernehmen mit der Baubehörde vorgenommen. Jedoch ist hierbei die anstaltsseitige Ausführung, soweit sie mit den Anstaltshandwerkern ausgeführt werden kann, sowie die Vergebung der Arbeiten an Unternehmer im Rahmen der besonderen Vorschriften über das Verdingungswesen usw. keineswegs ausgeschlossen.

Mangels eigener Werkstätten sind die mittleren Anstalten durchweg auf die Ausführung oder Vergebung der Arbeiten durch die Baubehörde angewiesen, jedoch können kleinere Beschaffungen auch durch diese Anstalten mit Genehmigung des Hauskurators der Gesundheitsbehörde vorgenommen werden.

Die Stationsinspektoren sind die Organe, dessen sich der Verwaltungsdirektor zur Ausübung der Hauspolizei bedient. Sie sind außerdem für den inneren Dienst, soweit er verwaltungstechnisch ist, die Aufsichtsbeamten der Verwaltung und stellen im Anforderungswesen die Verbindung zwischen den Krankenstationen und der Verwaltung und umgekehrt her. Die Tätigkeit des Stationsinspektors wirkt deshalb selten nach außen; die notwendigen Entscheidungen erfolgen durch den ärztlichen Direktor oder durch den Verwaltungsdirektor, in Grenzfällen des ärztlichen und des Verwaltungsdienstes durch beide.

Die wirtschaftlichen Einrichtungen der hamburgischen Krankenanstalten befinden sich auf einer bemerkenswerten Höhe. Alle Krankenanstalten sind mit zentralen Kochküchen in modernster Ausführung ausgestattet. Gekocht wird mit Dampf und Gas. Der Küchenbetrieb ist bei den Großanstalten geteilt in eine Dampfküche und eine sogenannte Bratküche. In der Dampfküche werden hauptsächlich alle Suppen sowie die Speisen der allgemeinen Verpflegungsklasse zubereitet. Die großen Dampfküchen verfügen über Dampfkessel von insgesamt 4000 Litern und mehr Fassungsvermögen, eine Anzahl von Kippkesseln und die erforderlichen Gasherde, Gasbratöfen und Wärmeschränke. In der Bratküche werden die Speisen für Kostgänger, Angestellte und die Sonderdiäten hergerichtet, soweit für letztere nicht noch besondere Diätküchen bestehen. Entsprechend ihrer Sonderbestimmung ist die Bratküche mit kleineren Dampfkochkesseln, zahlreichen Kippkesseln, größeren Gasherden, besonders aber mit Etagengasherden zum Braten und Backen ausgerüstet.

Die Dampfkochkessel bestehen aus Reinnickel oder Aluminium. Vielfach sind mit dem Küchenbetrieb eigene Wurstmachereien und Räuchereien verbunden.

Auf gute Kühl- und Lagerräume für Fleisch und alle Nahrungsmittel ist überall der größte Wert gelegt worden. Die Kühlbetriebe sind mit Eiserzeugungsanlagen, in denen der gesamte Anstaltsbedarf an Eis hergestellt wird, verbunden.

Die Speisentransportgefäße bestehen hauptsächlich aus Aluminium.

Sofern die Anstalten Landwirtschaft betreiben, ist dieser Betrieb auch dem Ökonomen unmittelbar unterstellt. Die Staatskrankenanstalt Langenhorn betreibt z. B. eigene Milchwirtschaft, Schweinemast und Ackerwirtschaft.

Die Waschküchen sind mit den modernsten Waschmaschinen, Spülmaschinen, Zentrifugen, Heißmangeln, Plätt- und Bügelmaschinen ausgestattet. In den Waschküchen wird die gesamte Anstaltswäsche gereinigt, die in den Großanstalten sich auf durchschnittlich 9000 bis 15 000 Stück täglich beläuft. Mit den Waschküchen sind Nähereien für die Anstaltswäsche verbunden, die mit elektrisch betriebenen Nähmaschinen ausgerüstet sind.

Die Wärmewirtschaft wird in den Großanstalten von zentralen Kesselhäusern aus betrieben. Das Kesselhaus versorgt die Anstalt mit Dampf für die Zentralheizungsanlage, mit Warmwasser und mit Betriebsdampf für die Apparate und Maschinen. Das Kessel- und Maschinenhaus ist in den Großanstalten nicht mit Unrecht als das Herz des Anstaltsbetriebes bezeichnet worden. Selbstverständlich sind zum wirtschaftlichen Betrieb der Kesselanlage die üblichen registrierenden Apparate überall eingebaut. Einige Anstalten besitzen außerdem eigene Stromerzeugungsanlagen, die übrigen sind in Hamburg an das Stromversorgungsnetz der Hamburgischen Elektrizitätswerke angeschlossen. Die Wasserversorgung geschieht teils durch eigene Brunnen mit entsprechenden Enteisenungsanlagen und den erforderlichen Pumpen, Wasserreservoirs usw., teils durch die Wasserleitung der Hamburgischen Wasserwerke.

Soweit Gewähr für ausreichende Ausnutzung und für Wirtschaftlichkeit geleistet ist, bestehen in den Großanstalten eigene Werkstätten zur Unterhaltung der Anstaltseinrichtungen. Alle Großanstalten besitzen daher eigene Maurer, Maler, Tischler, Klempner, Bau- und Maschinenschlosser, Tapezierer usw. mit den erforderlichen Werkstätten und Maschinen.

Je nach der Größe des verfügbaren freien Geländes ziehen die Anstalten ihren Blumenbedarf, aber auch teilweise den Obst- und Gemüsebedarf in eigenen Gärtnereien.

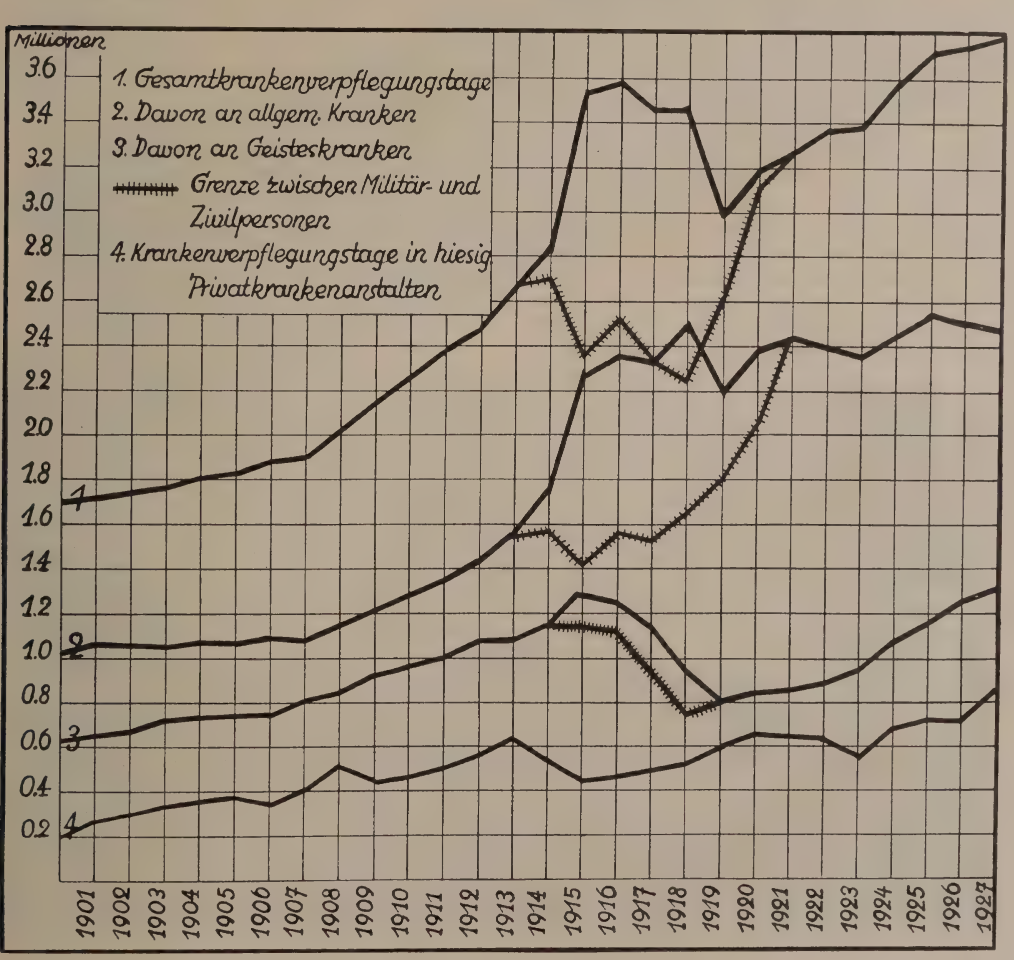
In dem Regiebetrieb der großen Anstalten bestehen gewisse Unterschiede, die sich aus der Zweckbestimmung der einzelnen Anstalten ergeben. Die Staatskrankenanstalten (Irrenanstalten) haben wegen ihrer Einstellung auf Arbeitstherapie eine Anzahl Werkstätten, wie z. B. Korbmachereien, Schustereien und Schneidereien, die in dem gleichen

Umfange durchweg in den allgemeinen Krankenhäusern nicht bestehen. Bei den letzteren sind für die Einrichtung von Regiebetrieben allein ausschlaggebend die Gewährleistung der Betriebssicherheit und die Rentabilität.

Die Größe der Anstaltsbetriebe ergibt sich aus den nachfolgenden Zahlen. Im Staatshaushaltsplan 1928 sind für die Gesundheitsbehörde

für persönliche Ausgaben . . .	24,72	Mill. Rm.
„ Bekleidung	0,80	„ „
„ Wasserversorgung, Heizung, Beleuchtung	2,07	„ „
„ Gebäudeunterhaltung . . .	1,89	„ „
„ Wirtschaftsbedarf	1,87	„ „
„ Nahrungsmittel	6,60	„ „
für ärztlichen u. wissenschaftl. Bedarf	2,30	Mill. Rm.
„ größere Bauten	3,10	„ „
„ einmalige Beschaffungen . .	0,53	„ „

vorgesehen worden. Der Gesamthaushaltsplan der Gesundheitsbehörde für 1928 beträgt in Ausgabe 45,99 Millionen, in Einnahme 27,13 Millionen Rm. Unter den letzteren sind die Kostgelder mit 22,46 Millionen Rm. vertreten. In den hamburgischen staatlichen Krankenanstalten wurden im Rechnungsjahr 1927 3777000 Krankenverpflegungstage erzielt. Aus den nachstehenden Kurven ist die gewaltige Steigerung der Anforderungen auch an die wirtschaftliche Leistung der hamburgischen staatlichen Krankenanstalten während der letzten zwanzig Jahre ersichtlich.



DAS ALLGEMEINE KRANKENHAUS ST. GEORG IN HAMBURG

VON PROFESSOR DR. HEGLER, ÄRZTLICHER DIREKTOR

DAS Krankenhaus St. Georg oder, wie es im Volksmund meist genannt wird, das Lohmühlenkrankenhaus, ist das älteste Hamburger Krankenhaus, das, im Jahre 1823 erbaut, ein damals mustergültiges Werk darstellte mit Wasserleitung, Kanalisation, Wasserklosetts und einer Krankenbelegzahl von 1088 Betten. Im Laufe der Jahre hat das St. Georger Krankenhaus mannigfache Umbauten und Erweiterungen erfahren, zuletzt auf Grund der von dem damaligen ärztlichen Direktor *Prof. Lenhartz* und dem Bauinspektor *Ruppel* bearbeiteten und von dem früheren ärztlichen Direktor *Prof. Deneke* zu Ende geführten Pläne, durch die in den Jahren 1898 bis 1915 eine völlige Neugestaltung des ganzen Krankenhauses erzielt wurde.

Das Krankenhaus befindet sich auf einem 10,34 ha großen, von einem 5,35 ha breiten Streifen unbebaubaren Gebietes umgebenen Rechteck, dessen Hauptfront an der Lohmühlenstraße gelegen ist. Die Bauart ist eine gemischte. Im wesentlichen überwiegen große, meist zweigeschossige Pavillonbauten, während Spezialabteilungen, z. B. für Frauenleiden, für Haut- und Geschlechtskranke sowie die Polikliniken, in Blockbauten untergebracht worden sind. Neben der Trennung in eine Frauen- und Männerseite zeigt der Plan, daß die Zentralgebäude mit Ausnahme der Koch- und Waschküche und des Verwaltungsgebäudes nach rückwärts für sich gelegt sind, und auf der Seite eine isolierte Abteilung für ansteckende Krankheiten besteht.

Als allgemeines Krankenhaus setzt sich das St. Georger Krankenhaus aus einer Reihe von Abteilungen zusammen:

Abteilung	Betten
I. medizinische Direktorial-Abteilung	362 Betten
II. medizinische Abteilung	235 „
III. medizinische (Nerven-)Abteilung	145 „
I. chirurgische Abteilung	247 „
II. chirurgische Abteilung	202 „
Gynäkologische Abteilung	148 „
Abt. für Haut- und Geschlechtskranke	367 „
Abt. für physikalische Therapie	118 „
Abt. für Ohren-, Nasen- u. Halskranke	42 „
Abt. für Augenkranke	34 „
Kinderheilanstalt Borgfelde (zum Krankenhause St. Georg zugehörig)	
Säuglings- und innere Abteilung	138 „
Chirurgische Abteilung	40 „



Abb. 1. Das Krankenhaus St. Georg im Jahre 1830

Außer diesen, der direkten Krankenbehandlung dienenden Abteilungen besteht eine medizinische, chirurgische, Augen- und Hals-, Nasen- und Ohren-*Poliklinik*, ein zahnärztliches Ambulatorium sowie, der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke angegliedert, die Fürsorgestelle für Geschlechtskranke. Seit 1871 besteht eine Prosektur, seit 1905 ist ein Facharzt für Röntgenkunde im Krankenhause tätig. 1909 wurde eine Abteilung für Serologie und Bakteriologie geschaffen und 1910 eine chemisch-physiologische Abteilung.

Sechzig Jahre lang war das Allgemeine Krankenhaus St. Georg das einzige allgemeine Krankenhaus Hamburgs, bis es durch die Neugründung von Eppendorf überholt wurde. Eine große Reihe bekannter Namen hat in St. Georg gewirkt bzw. ist daraus hervorgegangen: Heinrich *Curschmann* war bis zu seiner Berufung nach Leipzig neun Jahre lang ärztlicher Direktor, sein Nachfolger Hermann *Lenhartz* von 1894 bis 1901, Theodor *Deneke* von 1901 bis 1926. Als Oberärzte wirkten: der Chirurg *Fricke* (der 1830 mit Bürgermeister *Bartels* zusammen den Vorsitz der Naturforscherversammlung in Hamburg führte), die beiden *Bülaus*, *Knorre*, *Gläser*, *Engel-Reimers*, *Martini*, *Schede*, *Albers-Schönberg*, *Saenger*.

Abb. 2. Modell des Krankenhauses 1928

Mit Errichtung der Universität 1919 wurden auch die Einrichtungen des St. Georger Krankenhauses hierfür verwendet: *Albers-Schönberg* wurde das erste und einzige Ordinariat für Röntgenkunde übertragen, der bisherige physiologische Chemiker zum Ordinarius für Pharmakologie ernannt; das Pharmakologische Institut verblieb im Rahmen des pathologischen Institutes von St. Georg. Die einzelnen Abteilungen wurden für den Unterricht der Studenten herangezogen.

Bei einer maximalen Belegungszahl von 2100 Betten und einer durchschnittlichen Belegung von etwa 1800 Betten stellt das St. Georger Krankenhaus die obere Grenze dar, die ein zweckmäßig geleitetes Krankenhaus erreichen kann. Der verhältnismäßig kleine Raum, auf dem die Kranken untergebracht sind, erleichtert den Betrieb sehr wesentlich. Die zentrale Lage des Krankenhauses bringt es mit sich, daß hier ganz besonders viele Unglücks- und Notfälle zur Aufnahme kommen. Insbesondere ist die Zahl der dringlichen Operationen eine außerordentlich hohe, ebenso die Zahl der Vergiftungen. Durchschnittlich wurden in den letzten Jahren 21—22 000 Kranke auf den verschiedenen Abteilungen jährlich aufgenommen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Kranken betrug etwa 28 Tage. Auf rund 1800 Kranke entfallen 70 Ärzte und 6 Apotheker, 85 Beamte und Bureauangestellte, 62 Oberpfleger und ähnliche Aufsichtspersonen, 171 Schwestern und Schülerinnen, 97 Pfleger, 234 Pflegerinnen, 549 Handwerker, Dienst- und Arbeitspersonal.

Die medizinischen Abteilungen sind durchweg in zweigeschossigen Pavillons untergebracht, die als sogenannte St. Georger Normalpavillons bezeichnet werden können. Ihre Einrichtung geht aus beiliegendem Grundriß (Abb. 5) hervor. Gegenüber den großen Eppendorfer Sälen ist die Trennung in zwei kleinere Krankensäle durchaus zweckmäßig, wiewohl heutzutage eine Unterbringung in noch kleineren Krankenzimmern erwünscht erscheint. Sehr gut bewährt hat sich die Verlegung des Waschraums und Abortes auf die beiden Seitenflügel. Die Terrasse bzw. der Balkon im 1. Stockwerk erweist sich bei schönem Wetter oftmals als zu klein. Für alle drei medizinischen Abteilungen stehen gemeinsam die Einrichtungen des Badehauses sowie die Apparate der medizinischen Diagnostik (Elektrokardiograph, Gasstoffwechselapparat usw.) zur Verfügung.

Sämtliche in das Krankenhaus aufgenommenen Kranken, sofern sie nicht ansteckende, Frauen- oder Haut- und Geschlechtskrankheiten aufweisen, kommen zunächst in die Aufnahmeabteilungen, von denen je eine für männliche und weibliche Kranke auf der medizinischen und chirurgischen Abteilung

mit je 19 Betten zur Verfügung stehen. Hier werden die Kranken von dem Sekundärarzt untersucht und den einzelnen Abteilungen zugewiesen.

Neben einer hauptsächlich für Nervenkranke und einer für Gelenkerkrankte bestimmten medizinischen Abteilung finden innere Erkrankungen ihre Behandlung auf der I. und II. medizinischen Abteilung.

Die I. medizinische (Direktorial-)Abteilung untersteht dem ärztlichen Direktor, dem Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Professors *Dr. Deneke*, dessen Büste am Eingang des Krankenhauses den Besucher begrüßt. Die Abteilung umfaßt rund 360 Betten, worunter die Betten der Aufnahmeabteilung, des Kostgängerpavillons und der Infektionsabteilung mitgerechnet sind.

Die II. medizinische Abteilung umfaßt zur Zeit 235 Betten.

Neben den der Allgemeinbehandlung innerlich Kranker dienenden beiden medizinischen Abteilungen ist als *III. medizinische Abteilung die Nervenabteilung* zu nennen.

Das St. Georger Krankenhaus hat als eines der ersten Deutschlands der Nervenheilkunde eine eigene Stätte bereitet. Die Nervenabteilung wurde begründet und zu hohem Ansehen gebracht durch Alfred *Saenger*, der seit 1890 an der Poliklinik für Augenkranke neurologisch arbeitete, 1905 als Spezialarzt für Nervenkrankheiten selbständiger Vertreter seines Faches wurde und April 1911, als die Vollendung der Neubauten den nötigen Raum bot, als Oberarzt die neue klinische Abteilung zugewiesen erhielt.

An Krankenbetten stehen der Abteilung zur Verfügung: für Männer 69, für Frauen 75 Betten. Unruhige Kranke können vorübergehend in Zimmern untergebracht werden, die mit besonders geschützten und befestigten Fenstern und Türen versehen sind. Die ärztlichen Untersuchungen werden in den jeder Abteilung angegliederten Untersuchungszimmern ausgeführt, deren Einrichtungen den besonderen Bedürfnissen der Nervenheilkunde entsprechen.

Das Pflegepersonal setzt sich aus männlichem und weiblichem derart zusammen, daß die Pflege in der schwere und gebrechliche männliche Kranke enthaltenden Station M unten von männlichem geprüften Pflegepersonal, auf den übrigen Stationen von weiblichem Personal (Schwestern und geprüften Pflegerinnen) ausgeübt wird.

Im Jahre 1927 sind aufgenommen worden: 560 männliche und 709 weibliche Patienten. Von diesen starben 57 Männer und 85 Frauen, während 22 Männer und 38 Frauen in die Irrenanstalt zur weiteren Behandlung verlegt werden mußten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer des einzelnen Patienten betrug 33 Tage.

Der Auswertung der durch die klinische Arbeit gewonnenen Erfahrungen dienen eine vollständige Namen- und Diagnosenkartothek und eine Sammlung, die eine Reihe charakteristischer und äußerlich sichtbarer Krankheitszustände in Photo- oder Röntgenogramm festhält und die ein höchst wertvolles wissenschaftliches Anschauungsmaterial liefert.

Als weitere medizinische Spezialabteilung hat sich, den steigenden Anforderungen der Behandlungstechnik entsprechend, aus kleinen Anfängen die *Abteilung für physikalische Therapie* entwickelt. Wenn auch Bäderbehandlung im weitesten Sinne im Allgemeinen Krankenhause St. Georg schon immer geübt wurde, so wurde doch erst im Jahre 1905 durch den Bau des Badehauses eine Zusammenfassung der physikalischen Anwendungen an einem Orte und in der Hand eines Arztes möglich. Das Badehaus (siehe *Deneke:* Die Neubauten des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg) bot mit seinen Einrichtungen für Kohlensäure-, Sol-, elektrische und Sandbäder, dem Bewegungsbad, allen Arten von Duschen, Heißluft- und Dampfschwitzkästen, Lichtbädern, Wasserbetten, einem Inhalationsraum, dem Massagesaal und den Einrichtungen für d'Arsonvalisation und Vibrationen alle Möglichkeiten zur modernen physikalischen Behandlung. Ergänzt wurde diese noch durch die medico-mechanischen Apparate des Gramckoschen Instituts. Dieses 1901 auf dem Grunde des Krankenhauses staatsseitig errichtete Institut hat seine sehr vollkommenen Zandereinrichtungen für bestimmte Tagesstunden den Patienten des Krankenhauses zur Verfügung zu stellen.

Die Leitung des Badehauses lag anfangs nicht in den Händen eines selbständigen leitenden Arztes. Die Kranken wurden dem Badehause von den Stationsärzten zugewiesen, und diese mußten sich mit dem die Behandlung leitenden wissenschaftlichen Assistenten des ärztlichen Direktors verständigen. Die Abteilung erhielt 1911 eine kleine Krankenstation von 26 Betten, und dem leitenden Arzte wurde ein Assistent beigegeben.

Einen besonderen Aufschwung hat der Betrieb des Badehauses während des Krieges genommen. Die Zahl der Patienten wuchs durch die Menge der Kriegsverletzten ungeheuer. Sie betrug (nur Männer) 1914: 15 602, 1915: 23 520, 1916: 25 195, 1917: 25 306, 1918: 27 414. Die Zusammenarbeit des Badehauses mit dem Zanderinstitut gestaltete die Nachbehandlung der Kriegsverletzten besonders erfolgreich. Sehr günstig waren in diesen Jahren auch die Erfahrungen mit dem damals neu eingeführten Diathermieverfahren.



Abb. 3. Fliegeraufnahme (Oben links die Alster)

Abb. 4. Westlicher Teil der Hauptstraße

1919 wurde eine kleine Höhensonnenstation im Badehause eingerichtet. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Betten war bis zum Jahre 1921 auf 53 gestiegen. Immer aber noch lag eine große Zahl von Badehauspatienten auf verschiedenen Stationen verstreut. Im Februar 1925 wurde es durch Umbau im Medico-mechanischen Institut möglich, noch einen geräumigen Krankensaal von 36 Betten nebst den erforderlichen Nebenräumen für die Abteilung zu gewinnen. Den durch den Fortschritt der Technik und Wissenschaft bedingten erhöhten Anforderungen konnten wir durch erfolgreichen Umbau, hauptsächlich des Kellergeschosses unseres Badehauses, in durchaus glücklicher Weise gerecht werden. Eine genauere Beschreibung der damals geschaffenen Verhältnisse findet sich in: *Deneke:* Festschrift des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg 1823/1923. Zur Zeit umfaßt die Abteilung 50 Männer- und 65 Frauenbetten, wovon 14 sich im Badehause befinden. Die Zahl der auf der Männerstation im Jahre 1927 stationär behandelten Kranken betrug 491, die der Frauen 573. Einschließlich der ambulanten und der von andern Stationen zugewiesenen Kranken wurden im Badehause 21 524 Männer und 11 079 Frauen behandelt = zusammen also 32 603 Personen. Das ergibt bei etwa 300 Behandlungstagen im Jahre pro Tag die ansehnliche Behandlungsziffer von etwa 100.

Im Jahre 1927 sind an Neueinrichtungen in Betrieb genommen worden: erstens im neu ausgebauten Raum des Kellergeschosses ein Saal für Heißluftbehandlung mit zehn modernen Tyrnauer Apparaten, zweitens eine Schaumbadanlage nach Sandor, drittens die vergrößerte Diathermieeinrichtung mit drei Diathermieapparaten, viertens ein großes Wannenbad für Widerstandsgymnastik im Bade.

Seit dem Jahre 1920 werden in fortlaufenden Kursen sämtliche Pflegepersonen durch den leitenden Arzt des Badehauses in der Massage ausgebildet.

Die beiden chirurgischen Abteilungen umfassen drei Pavillons für Männer und zwei Pavillons für Frauen und Kinder mit zusammen 450 Betten, darunter 64 Kinderbetten. Von den 386 Betten für Erwachsene entfallen 261 auf männliche, 125 auf weibliche Kranke.

Die Verteilung der Kranken auf die verschiedenen Pavillons geschieht rein schematisch. Spezialabteilungen, wie urologische, orthopädische und ähnliche sind nicht gebildet, da besonderer Wert darauf gelegt wird, daß jeder Assistenzarzt eine möglichst vielseitige Ausbildung erhält und sich nicht auf Sondergebiete festlegt.

Im Jahre 1927 wurden aufgenommen: 4699 männliche und 2492 weibliche = zusammen 7199 Kranke (einschließlich Kinder). Im Durchschnitt wurde also jedes Bett mindestens sechzehnmal im Jahre neu belegt. Auf jeden Kranken entfällt somit eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von drei Wochen.

Die stärkste Frequenz zeigte im Jahre 1927 der Monat August mit 446 männlichen und 218 weiblichen = zusammen 664 Aufnahmen, also einem täglichen Durchschnitt von 21 bis 22 Neuaufnahmen. Der Diagnose nach ergab sich folgende Übersicht:

	Unfälle Verletzungen	Abszesse und ähnliches	Blinddarm	Galle, Leber Pankreas	Magen, Darm	Blasen, Nieren Geschlechtsorgane	Ca., Sa.	Brüche	Sonstige TBC usw.
männl. .	2195	554	510	44	200	293	143	309	451 (60)[1]
weiblich	746	258	541	100	105	158	144	121	319 (47)
Zus. . . .	2941	812	1051	144	305	451	287	430	770 (107)

Die Unfallverletzten nehmen in steigendem Maße den Hauptanteil der ärztlichen Arbeitsleistung für sich in Anspruch. Erreichte im April 1927 ihre Zahl mit 131 männlichen und 59 weiblichen = zusammen 190 Unfallerkrankten den niedrigsten Stand, so nahm ihre Zahl danach stetig zu. Im Dezember war sie auf 237 männliche und 71 weibliche = zusammen 308, also um 118 mehr als im April, gestiegen. Von den im Dezember aufgenommenen Unfallverletzungen waren 116 durch Betriebsunfälle, 88 durch Verkehrsunfälle entstanden.

Im Berichtsjahre wurden im ganzen 4203 Operationen ausgeführt, davon an männlichen Patienten 2537, an weiblichen 1666. Der monatliche Anteil an diesen Zahlen ist sehr verschieden und nicht direkt abhängig von der Zahl der Aufnahmen. So entfiel auf den Monat März die größte Anzahl mit 388 Operationen, obwohl die Zahl der Aufnahmen das Durchschnittsniveau nicht überstieg.

Der Art nach nahmen die Blinddarmentzündungen durchaus den größten Raum ein. Es wurden 460 männliche und 466 weibliche Patienten wegen dieser Erkrankung operiert.

Die zentrale Lage unseres inmitten des Stadt- und Verkehrszentrums und in nächster Nähe der dichtbevölkertsten Stadtteile belegenen Krankenhauses bringt es mit sich, daß die Zahl der *dringlichen* Operationen im Verhältnis zu andern Anstalten eine sehr hohe ist. Eine Statistik über die Zahl dieser sofort vorzunehmenden Operationen fehlt leider. Immerhin gibt die Summe von 1159 Operationen, die nachmittags oder nachts notwendig wurden, einen guten Einblick.

[1] Die in letzter Rubrik eingeklammerten Zahlen sind die der tuberkulösen Erkrankungen.

Für das Jahr 1929 ist durch Aufstockung des Operationshauses die Schaffung einer kleineren *Frischoperierten-Station* geplant. Wir hoffen, dadurch die Schädigungen, denen bisher frischoperierte Kranke durch den Transport durch die freie Luft trotz aller Vorsicht doch noch ab und zu ausgesetzt waren, zu vermeiden.

Die Errichtung einer *geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung* unter Leitung eines spezialistisch ausgebildeten Facharztes wurde bereits im Dezember 1907 von den hamburgischen maßgebenden Körperschaften beschlossen und durch Fertigstellung des an der Lohmühlenstraße belegenen Neubaues des Hauses B im Juli 1912 verwirklicht. Der Bau selbst ist das Produkt gemeinsamer Orientierungsreisen des Baumeisters mit dem in Aussicht genommenen ärztlichen Leiter in die verschiedensten Gegenden des Reiches. Hier sind die heimgebrachten Kenntnisse und Erfahrungen auf technischem Gebiete so gut verwertet worden, daß noch heute die Raumverteilung und die Einrichtungen der gynäkologischen Station als mustergültig bezeichnet werden können. Eine eingehende Beschreibung des Neubaues befindet sich in der Festschrift des Krankenhauses St. Georg 1823 bis 1923. Hier soll nur kurz gesagt werden, daß es sich um einen dreistöckigen mit Krankenaufzug versehenen Bau handelt, der im Erdgeschoß die sogenannte septische Abteilung mit 23 Betten, Oberarztzimmer und Schwesternzimmern enthält. Außerdem liegt hier die Aufnahme für die dem Hause zugehenden Kranken, bestehend aus einem Aufnahmezimmer mit anstoßendem Baderaum mit Klosett. Von der Aufnahme aus erfolgt die Weiterleitung der Patienten in den schräg gegenüberliegenden kleinen Krankensaal, wo die Verteilung auf die verschiedenen Geschosse des Hauses vorgenommen wird. Westlich von dem eben genannten Krankensaal besitzt die septische Abteilung einen großen Krankensaal mit zwölf Betten und drei kleine Isolierzimmer. Am Ende des Korridors liegt der septische Operationssaal mit Vorbereitungszimmer.

In allen Geschossen ist die Verteilung der Räume die gleiche. Sämtliche Krankenzimmer sind nach SW orientiert, die Nebenräume nach NO, dem Gelände des Krankenhauses hin. Leider mußten auch die für die Behandlung so außerordentlich wichtigen Liegehallen von der Lohmühlenstraße abgewandt nach NO verlegt werden. Trotzdem haben sich die Liegehallen im Gebrauch doch außerordentlich bewährt als erhebliches Unterstützungsmittel bei der Krankenbehandlung.

Das erste Obergeschoß stellt die Entbindungsabteilung dar. Sie besteht aus vier Sälen zu je sechs Wöchnerinnenbetten und drei Extrazimmern für Isolierfälle, einem kleinen Untersuchungs- und Operationszimmer, dem großen Kreißsaal und dem aseptischen Operationszimmer. Das Bettmodell ist das im Krankenhause übliche eiserne; die Säuglingsbetten sind Drahtkörbe, welche dem Fußende des Mutterbettes angehängt werden. Ein ursprünglich als Vorbereitungszimmer zum Kreißsaal vorgesehener Raum ist inzwischen in ein Zimmer verwandelt worden, in welchem zur Nachtzeit die Neugeborenen der Station untergebracht werden, um in den Wöchnerinnenzimmern größere Ruhe zu schaffen.

Die Instrumente werden in allen Räumen des Hauses, wo sie gebraucht werden, in mit Dampf oder Gas beheizbaren nickelplattierten Sterilisatoren gekocht. Von den Vorbereitungszimmern der Operationsräume führen über diese Instrumentsterilisatoren direkt in die Operationsräume zweiflügelige Durchgabefenster. Die Heizung in den Operationssälen befindet sich zwischen den Doppelfenstern. Nach den Räumen hin sind die Heizkörper im Niveau der inneren Fenster mit glatten eisernen Platten abgeschlossen. Die Regulierung der Wärmezufuhr erfolgt durch ein glattes, durch diese Platten hindurchgehendes, vom Zimmer aus zu bedienendes Ventil.

Das zweite Obergeschoß stellt die Hauptstation für gynäkologisch Kranke dar und verfügt über 70 Betten. Diese sind verteilt auf zwei große Krankensäle zu je 17 und 16 Betten und drei kleine Säle zu je 8 Betten. Außerdem sind sieben Isolierzimmer zu 1 und 2 Betten vorhanden. Hinzu kommen noch Behandlungszimmer mit Vorbereitungsraum, Schwestern- und Arztzimmer.

In dem im Kellergeschoß befindlichen Ambulatorium findet keine poliklinische Behandlung statt. Es handelt sich lediglich um eine Einrichtung, die den als nicht geheilt entlassenen Kranken der Station die Möglichkeit zu weiterer zweckmäßiger und sachkundiger Heilbehandlung bietet und somit auch der Entlastung der Abteilung dient. Das Ambulatorium ist mit den wirksamsten physikalischen Apparaten

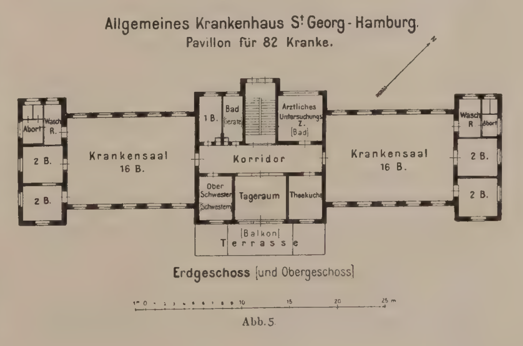


Abb. 5



Abb. 6. Denkmal für Professor Deneke



Abb. 7. Denkmal für Professor Saenger

gynäkologischer Art ausgestaltet. Hier finden die elektrischen Pelvitherme, die Aureollampe, die Ultraviolettlampe, die Diathermie ihre dauernde Anwendung.

Auf der geburtshilflich gynäkologischen Abteilung wurden im Jahre 1927 aufgenommen: 2405 Patienten, von denen 127 gestorben sind. An Operationen wurden ausgeführt — einschließlich Abrasionen — 825, davon 280 Laparatomien. Es fanden statt 417 Entbindungen mit 423 Kindern, darunter 26 totgeborenen.

Die der Abteilung zur Verfügung stehenden 46 mg Mesotorium wurden bei gynäkologischen Erkrankungen 96mal angewandt, und zwar bei bösartigen Neubildungen 87mal, bei gutartigen Erkrankungen 9mal. Zu erwähnen ist noch ein im Hause B befindlicher, vom Kellergeschoß durch das Erdgeschoß und das erste Obergeschoß hindurchgehender Hörsaal, der infolge seiner amphitheatralisch angeordneten, steil ansteigenden Sitzreihen etwa 120 Hörern Platz gewährt und außer von den Ärzten unseres Krankenhauses auch gern von medizinischen Gesellschaften zur Abhaltung ihrer wissenschaftlichen Sitzungen benutzt wird.

Die der geburtshilflichen Station ursprünglich angegliederte Säuglingsabteilung zeigte bald durch ihre starke Belegung, daß sie, auch wegen des Fehlens genügender Isolierräume, den Anforderungen auf die Dauer nicht genügen konnte. Daher ergriff im Jahre 1920 der Hamburger Staat die sich ihm bietende Gelegenheit und übernahm das bisher aus privaten Mitteln betriebene Kinderhospital an der Baustraße, das unter dem Namen „*Kinderheilanstalt Borgfelde*" dem Krankenhause St. Georg als Kinderabteilung angegliedert wurde.

Die Anstalt besteht aus drei Gebäuden, dem Haupthaus mit chirurgischer und medizinischer Abteilung, dem Gebäude für die Säuglingsabteilung und einem Nebengebäude, in dem im wesentlichen tuberkulöse Kinder untergebracht werden. — Es ist Platz vorhanden für 182 Kinder, und zwar 68 Betten für Säuglinge und 114 Betten für Kinder bis zum 12. Lebensjahre, die auf eine medizinische und chirurgische Abteilung verteilt sind. An akuten Infektionskrankheiten leidende Kinder werden nicht aufgenommen.

Der ärztliche Dienst wird versehen von einem leitenden Oberarzt für die medizinische Abteilung, der auch Leiter der staatlichen Säuglingspflegerinnenschule ist, und einem leitenden Oberarzt der chirurgischen Abteilung, der zugleich der chirurgischen Poliklinik vorsteht. Ihnen stehen drei Assistenten

und zwei Medizinalpraktikanten zur Seite. Die Krankenpflege liegt in den Händen einer leitenden Oberschwester, einer Oberschwester und von zehn Schwestern, die als Säuglings- und Kleinkinderschwestern ausgebildet und anerkannt sind. Außerdem sind in der Anstalt 28 bis 30 Schülerinnen tätig, die für die staatliche Prüfung als Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen ausgebildet werden. Röntgendurchleuchtungen, Höhensonnenbehandlung und die landläufigen klinischen und bakteriologischen Untersuchungen können in der Kinderheilanstalt ausgeführt werden. Soweit hier die Einrichtungen nicht ausreichen, werden die entsprechenden Institute der Hauptanstalt in Anspruch genommen.

Für die Zubereitung der Kost für die älteren Kinder sorgt eine eigene Küche, welche mit Rohmaterialien aus der Hauptanstalt beliefert wird. Für die Nahrungsbedürfnisse der Säuglinge sorgen eine Milchküche und fünf Ammen, die mit ihren Kindern auf der Säuglingsabteilung untergebracht sind. Medikamente, Bandagen usw. werden von der St. Georger Anstaltsapotheke geliefert, wie überhaupt grundsätzlich die Kinderheilanstalt sowohl in ärztlicher als auch in verwaltungstechnischer Beziehung als ein nur räumlich getrennter Teil der Hauptanstalt betrachtet wird.

Im Jahre 1927 wurden aufgenommen: auf der Säuglingsabteilung 546 Kinder, auf der medizinischen Abteilung 563 Kinder, auf der chirurgischen Abteilung 332 Kinder. An letzteren wurden 300 Operationen, darunter 105 plastische, ausgeführt. Der Durchschnitt der Verpflegungstage betrug: auf der Säuglingsabteilung 36,5 Tage, auf der medizinischen Abteilung 30,5 Tage, auf der chirurgischen Abteilung 31,5 Tage. Die Mortalität betrug auf der Säuglingsabteilung 24 v. H., auf der medizinischen Abteilung 6 v. H., auf der chirurgischen Abteilung 2 v. H.

Die Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist in den beiden an der Lohmühlenstraße belegenen Hochbauten Haus K und Haus A untergebracht. Mit dem im Jahre 1910 fertiggestellten Neubau des Hauses K war man in Hamburg zum erstenmal von der Bauweise der ein- und zweistöckigen Pavillons zurückgegangen zu großen Korridorbauten mit Ausnutzung der drei Hauptstockwerke zur Unterbringung von Kranken, des durch einen breiten freien Lichtgraben hellen und luftigen Kellergeschosses zu allerlei Betrieben und des mit hohen Dach- und großen Mansardenfenstern versehenen 4. Geschosses zu Personalwohnungen und Sammlungsräumen usw. Der Bau ist vorbildlich geworden für einige mehrstöckige Bauten des Krankenhauses Barmbeck und für den Neubau unseres Hauses B.

Im Hause K sind nur männliche, im Hause A nur weibliche Patienten untergebracht.

Die Einteilung im Hause K ist so, daß im Erdgeschoß ausschließlich Hautkranke, im 1. Stock nur Syphiliskranke und im 2. Stock Gonorrhoe- und Ulcus-molle-Kranke untergebracht sind.

Die Hautstation im Erdgeschoß (K I) umfaßt außer einem geräumigen Untersuchungszimmer mit kleinem Vorzimmer, ferner Badezimmer und Aborten, sowie zwei hellen Tagesräumen, die für Patienten außer Bett auch als Speisezimmer benutzt werden, im ganzen acht Krankenzimmer mit insgesamt 74 Betten. Von diesen Räumen ist der größte Saal, belegt mit 28 Betten, für leichter Erkrankte vorgesehen. Ein weiterer mittelgroßer Raum mit zehn Betten dient als Saal für Knaben, während drei kleine Zimmer, die nach Bedarf mit zwei bis drei Betten belegt werden können, teils für Kranke dienen, die isoliert werden müssen, teils für Patienten 1. und 2. Klasse bestimmt sind. Die eben erwähnten kleinen Zimmer sind besonders auch deshalb praktisch, weil wir infolge der Eigenart der Behandlung auf der Hautstation auf speziell geschultes Personal angewiesen sind und daher keine Patienten in das ausschließlich von Schwestern versorgte Kostgängerhaus legen können. Auf der NW-Seite, durch eine Tür abgeschlossen, liegt das Zimmer des Oberarztes der Abteilung, diesem gegenüber, wieder in sich abgeschlossen, Wohnräume für Assistenzärzte.

Die Luesabteilung K II im 1. Stock hat im wesentlichen dieselbe Einteilung wie die Hautstation K I, jedoch befinden sich außer den schon angegebenen Räumen in K II noch zwei Zimmer für Patienten 2. Klasse, belegt mit zusammen sechs Betten. Weiterhin steht noch ein kleiner Raum als Aufenthalt für das diensttuende Pflegepersonal zur Verfügung.

Die Station im 2. Stockwerk, ausschließlich für Gonorrhoe- und Ulcus-molle-Kranke bestimmt, umfaßt neun Krankensäle mit insgesamt 103 Betten. Auch hier stehen für Schwerkranke zwei kleine Zimmer zur Verfügung, während das dritte kleine Zimmer zur Behandlung, die durch das Pflegepersonal ausgeführt wird, dient. Bemerkenswert ist auf dieser Station ein im Badezimmer angebrachter Heißspülapparat für die Behandlung der Ulcera mollea, der sich in der Behandlung dauernd außerordentlich bewährt hat.

Die weibliche Abteilung, in Haus A untergebracht, hat im wesentlichen dieselbe Einteilung wie Haus K. Station A, unten links, dient ausschließlich der Behandlung von Hautkranken und hat im ganzen, auf fünf Krankenräume verteilt, 60 Betten. Auch hier befindet sich ein mit zwei Betten belegter Raum, der nach Bedarf der Unterbringung Schwerkranker bzw.



Abb. 8. Pilzlaboratorium der dermatologischen Abteilung

Abb. 9. Moulagensammlung der dermatologischen Abteilung



Abb. 10. Höhensonnen-Bestrahlung in der medizinischen Poliklinik.



Abb. 11. Großer Arbeitssaal des zahnärztlichen Ambulatoriums



Abb. 12. Unterrichtungs- und Behandlungsraum der Fürsorgestelle für Geschlechtskranke

der Isolierung dient. Erwähnenswert ist hier ein mit 18 Betten belegter geräumiger Saal für Kinder und Säuglinge. Die weibliche Luesstation in A, unten rechts, umfaßt in vier Sälen 58 Betten. Auch hier ist ein Raum für Kinder, der gleichzeitig zur Aufnahme für syphiliskranke Mütter mit Säuglingen dient, vorhanden.

Die weibliche Gonorrhoe- und Ulcus-molle-Abteilung in A, unten rechts, umfaßt 55 Betten.

Insgesamt sind vorhanden: in Haus K (männlich) 25 Krankenräume mit 250 Betten, in Haus A (weiblich) 9 Krankenräume mit 113 Betten, zusammen = 34 Krankenräume mit 363 Betten.

Relativ geringgradigen Änderungen in der Therapie der Hautkrankheiten stehen außerordentlich große in der Behandlung der venerischen Erkrankungen gegenüber; zur Indikationsstellung für Luestherapie wurde an einem großen Material die Lumbal- bzw. in letzter Zeit die Okzipitalpunktion fast in jedem Falle durchgeführt, an sie im positiven Falle eine Malariakur mit entsprechender Nachbehandlung angeschlossen. Zur topischen Diagnostik bzw. Behandlung der Gonorrhoe kamen Urethroskopie, Zystoskopie und Diathermie in zahlreichen Fällen zur Anwendung.

Infolge des außerordentlich bemerkenswerten Rückganges der Haut- und Geschlechtskrankheiten konnte im Anfang dieses Jahres, zunächst provisorisch, die weibliche Abteilung für Geschlechtskranke verkleinert werden.

Im Keller des Hauses K befindet sich ein Laboratorium mit sechs Arbeitsplätzen, in dem die eigenen histologischen Arbeiten der Abteilung, der Harn-, Liquor- und Blutuntersuchungen und einfacheren bakteriologischen und mikroskopischen Kulturen, vorgenommen werden. Außerdem ist hier untergebracht: die vollkommen neu eingerichtete Fürsorgestelle für Geschlechtskranke zusammen mit der Hautpoliklinik, ein Lichtbehandlungszimmer, eine elektrische Dunkelkammer mit Aufnahmeraum, das neugegründete *Pilzlaboratorium* und die der strahlentherapeutischen Anwendung dienende Röntgenausstattung der Abteilung.

Im Dachgeschoß des Hauses K ist die 2330 Stück enthaltende, auf dem Grundstock der 1422 Stücke umfassenden früheren *Lassarschen* Sammlung von uns durch Eigenanfertigung weiter ausgebaute *Moulagensammlung* aufgestellt.

Zum Schluß seien noch die neu eingerichteten großen Diathermie- und Behandlungsräume für weibliche Gonorrhoekranke im Keller des Hauses A erwähnt.

Neben den in vorstehendem beschriebenen größeren Krankenabteilungen haben mehrere Sonder-



Abb. 13. Röntgenhaus (davor die Büste Prof. Albers-Schönbergs)

fächer der Medizin, die anfänglich durch Polikliniken oder gar nicht vertreten waren, inzwischen die ihnen gebührende Stellung und Ausgestaltung erhalten.

Die Poliklinik und Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke wurde 1894 den bereits bestehenden Polikliniken für chirurgische und Augenkranke angegliedert. 1910 wurde der Poliklinik eine stationäre Abteilung angeschlossen, die inzwischen noch wesentlich erweitert werden konnte und zur Zeit über 50 Betten verfügt. Die Zahl der poliklinischen Neuaufnahmen beträgt etwa 4000 im Jahre, die der jährlichen Einzelleistungen in der Poliklinik etwa 25 000. Auf der stationären Abteilung werden im Jahre etwa 415 schwerere und 550 leichtere Operationen ausgeführt.

An besonderen Räumen sind vorhanden:

ein großer moderner Operationsraum mit Einrichtung für Bronchoskopie, Oesophagoskopie und Schwebelaryngoskopie,
ein kleiner Operationsraum für kleinere Operationen,
ein Bestrahlungsraum für Lichttherapie,
ein modernes Druckluft-Inhalatorium,
ein Hörprüfungs- und Kursraum,
ein Dunkeluntersuchungsraum,
ein Laboratorium,
eine photographische Dunkelkammer.

Das Krankenmaterial der Abteilung und Poliklinik wird in reichem Maße außerdem zur Ausbildung von Studenten und praktischen Ärzten benutzt.

Die jetzige *Abteilung und Poliklinik für Augenkranke* ist hervorgegangen aus der bereits 1870 errichteten Augenabteilung unseres Krankenhauses. Nach Verlegung dieser Abteilung nach Eppendorf im Jahre 1889 verblieb hier nur die ihr inzwischen angegliederte und nunmehr selbständige Poliklinik. Im Laufe der Jahre hat sich diese dann stets den modernen Anforderungen angepaßt und eine Reihe neuer wichtiger Apparate beschafft, so den großen *Gulstrand*schen Augenspiegel, später die Spaltlampe, das Adaptometer, das Sideroskop, das Differentialpupilloskop nach *Heß* und das rotfreie Licht. Als während des Kriegs für augenkranke und -verletzte Soldaten eine kleine Abteilung eingerichtet werden mußte, wurde, um die zahlreichen Augensplitter aus dem Augeninnern entfernen zu können, das neueste Modell des großen *Haab*schen Magneten beschafft, der seitdem mit Hilfe einiger kleiner Zusätze noch heute seinen Zweck zur Zufriedenheit erfüllt. In neuester Zeit sind beschafft worden: eine Rotfreilampe nach *Vogt*, eine große Bestrahlungslampe nach *Birg-Hirschfeld* und ein Apparat zur Photographie nach *Nordenson*.

Gegen Ende des Krieges wurde sowohl für Männer als auch für Frauen ein gesonderter Saal für stationäre Kranke zur Verfügung gestellt, so daß es nun möglich war, auch größere Eingriffe auszuführen. Zur Zeit umfaßt die stationäre Abteilung 20 Betten für Männer und 20 Betten für Frauen. Die Augenpoliklinik wies im Jahre 1927 2358 Zugänge auf. Es wurden stationär behandelt: 272 Männer und 172 Frauen. Die Zahl der Operationen betrug 260.

Wie die übrigen Polikliniken, so ist auch *die chirurgische Poliklinik* in dem umgebauten Erdgeschoß und den Kellerräumen des Hauses L untergebracht.

Die Besucher der Polikliniken gehören zum größten Teil dem Mittelstande an. Da die Mitglieder von Krankenkassen von einer poliklinischen Behandlung ausgeschlossen sind und der Ausbau des Krankenkassenwesens einen enormen Umfang erreicht hat, so ist die große Bedeutung, die die Polikliniken trotz aller Wohlfahrtseinrichtungen doch für die weiten Kreise der nichtbemittelten Bevölkerung haben, aus ihrer Inanspruchnahme zu erkennen.

Die Zahl der in der chirurgischen Poliklinik behandelten Kranken hat sich in den letzten Jahren auf der gleichen Höhe gehalten und durchschnittlich 3000 erreicht. Da jedoch vor dem Bestehen der medizinischen und dermatologischen Poliklinik die jetzt diese aufsuchenden Kranken ebenfalls in der chirurgischen Poliklinik behandelt wurden, so hat somit die Poliklinik eine beträchtliche Zunahme chirurgischer Kranker erfahren. Die Grenzen der poliklinischen Operationsmöglichkeit sind so weit



Abb. 14. Röntgenhaus. Großer Demonstrationssaal

Abb. 15. Pathologisches Institut. Neuer Mikroskopiersaal

gezogen worden, als ärztlich irgend verantwortet werden konnte, um dadurch die Abteilungen des Krankenhauses zu entlasten und Krankenhausunkosten zu ersparen.

Die Zahl der täglich Behandelten betrug durchschnittlich 50 bis 60. Im Berichtsjahr 1927 wurden 452 Operationen ausgeführt.

Operationsstatistik.

1.	Phlegmonen der Haut, Sehnenscheiden und Muskeln	200 Fälle
2.	Kalte Abszesse ohne nachweisbaren Knochenherd	27 „
3.	Fremdkörper	30 „
4.	Haut, Bindegewebe, Unguis incarnatus, Geschwülste	54 „
5.	Sehnen, Schleimbeutel, Muskeln, Bursitis u. dgl.	32 „
6.	Lymphdrüsen, Bubonen, Lymphomata	31 „
7.	Gelenke, Punktion	6 „
8.	Nervensystem	4 „
9.	Harnorgane	12 „
10.	Männliche Genitalien, Prostata	18 „
11.	Weibliche Genitalien	18 „
12.	Brustdrüsen, Tumoren, Mastitis	14 „

Die Medizinische Poliklinik, über deren Entstehung eine ausführliche Beschreibung in der Festschrift des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg 1823/1923 enthalten ist, wurde durch Schaffung der Stelle eines leitenden Oberarztes 1926 auch nach außen hin selbständig. Ihre Räume befinden sich im Keller des Hauses L, in dem neben Warteraum, Behandlungs- und Untersuchungszimmern ein größerer Raum für die Quarzlampenbestrahlung und ein weiterer, ebenso großer für die Bogenlampenbestrahlung, sowie eine Röntgenabteilung vorhanden sind. Durch kleine bauliche Veränderungen sind neuerdings zwei Einzelbehandlungszimmer geschaffen worden, die mit allen hygienischen Einrichtungen versehen sind. Durch Vertiefung der Behandlungsräume um 1 m sind diese hell und luftig geworden. Der Ultraviolett-Bestrahlungsraum enthält jetzt vier kreisförmig angeordnete Jesioneklampen. Die instrumentelle Ausstattung der Poliklinik enthält alles, was für Diagnose und Behandlung nötig ist.

Im Jahre 1927 waren rund 2900 Zugänge an Kranken zu verzeichnen. Da innere Kranke bis zur Entlassung aus der Behandlung sehr häufig kommen müssen, überschreitet die Tagesfrequenz, abgesehen von den täglichen Neuzugängen, oft 60. Daneben werden dann noch 200 bis 250 Fälle täglich bestrahlt. Es wurden im Berichtsjahre 550 Röntgenuntersuchungen vorgenommen und 45 600 Bestrahlungen (davon 42 000 mit Ultraviolett) verabreicht an ungefähr 800 verschiedene Patienten, von denen viele in längeren Abständen mehrere Bestrahlungsserien erhielten.

Wegen des der Poliklinik zugehenden großen Materials wird sie vielfach von hamburgischen und auswärtigen Ärzten zur Ausbildung in der Lichtbehandlung aufgesucht.

Das zahnärztliche Ambulatorium wurde Anfang 1912 nach Vorschlägen seines jetzigen Leiters eingerichtet. Die Errichtung einer zahnärztlichen Arbeitsstätte innerhalb eines großen Krankenhauses war zunächst ein Versuch. Zur Behandlung zugelassen waren neben dem nicht krankenversicherungspflichtigen Anstaltspersonal die Kranken der Anstalt, sofern der Stationsarzt ärztliche Hilfe für nötig erachtete.

Bald schon stellte sich jedoch die Mithilfe des Zahnarztes bei Kieferverletzungen und zur Vermeidung von Stomatitiden bei Schmierkuren als unentbehrlich heraus. Am 1. Mai 1914 erfolgte daher die endgültige Anstellung des leitenden Zahnarztes, dem inzwischen ein Volontärassistent beigegeben worden war.

Eine wesentliche Erweiterung seines Wirkungskreises brachte dem Ambulatorium der Weltkrieg. Die Behandlung von etwa 60 Kieferverletzten war, z. T. auf eigener Station, dem leitenden Zahnarzt übertragen. Daneben wurde im Ambulatorium die zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit nötige Behandlung auch anderer Militärpersonen aus andern Lazaretten vorgenommen. Kriegs- und Feldzahnärzte erhielten hier ihre Ausbildung.

1920 wurde das Ambulatorium auch für die Schulzahnpflege herangezogen und ihm die zahnärztliche Versorgung der Schulkinder bestimmter Stadtteile zugewiesen.

Während bisher immer noch die ursprünglich hergerichteten Räume hatten genügen müssen, konnten im Jahre 1921 durch Umbauten im Hause L unten die auch den neuen verstärkten Anforderungen entsprechenden Räume geschaffen werden, so daß nunmehr gleichzeitig sechs Ärzte an sechs Plätzen arbeiten können. Es sind jetzt hier tätig: ein Oberarzt, ein Assistenzarzt und zwei besoldete Volontärärzte. Die Frequenz betrug im verflossenen Jahre 26 652, davon Erwachsene 17 275, Kinder 9377. An Zugängen waren zu verzeichnen 2832 Erwachsene und 1283 Kinder.

Unser jetziges *Röntgeninstitut* wurde, nachdem bereits seit dem Jahre 1903 eine eigene Röntgenabteilung unter Leitung des schon damals weit über Hamburgs Grenzen bekannten Fachröntgenologen *Albers-Schönberg* bestand, 1914 fertiggestellt. Eine ausführliche Darstellung der baulichen Grundsätze

und aller Einzelheiten ist 1915 im Verlage von Leineweber in Leipzig erschienen.

Die Raumeinteilung im Röntgenhause, das zu den ersten Einrichtungen gehört, in denen ein Einzelhaus ausschließlich für die Zwecke der Röntgenologie zur Verfügung gestellt worden war, ist kurz folgende: Im Erdgeschoß findet sich die diagnostische Abteilung und ein großer Raum für die Unterbringung der wissenschaftlichen Sammlungen, der zugleich als Demonstrationsraum dient. Im 1. Stock sind die gesamten Therapieeinrichtungen, die Dunkelräume und der Maschinenraum untergebracht, im 2. Stockwerk ein großes photographisches Atelier mit Nebenraum und Assistentenwohnungen.

Prof. Dr. Albers-Schönberg ist 1921 als Opfer seines Berufes gestorben.

Für die Diagnostik ist der Grundsatz der Zentralisierung innerhalb des Krankenhauses streng durchgeführt bis auf eine Spezialeinrichtung, die für die Lungenfürsorgesprechstunde in den Räumen der medizinischen Poliklinik aufgestellt ist und aus Zweckmäßigkeitsgründen auch von den Ärzten der letzteren mitbenutzt wird. Außerdem befindet sich noch in der Kinderheilanstalt eine kleine Röntgeneinrichtung, die jedoch nur für einfache Untersuchungen ausreicht.

In der Therapie hat es sich als praktisch erwiesen, die Oberflächentherapie, die sich auch in ihren praktischen Bedürfnissen von der übrigen Röntgentherapie getrennt hat, der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu überlassen; dagegen werden die Kranken der inneren, chirurgischen, gynäkologischen und der übrigen Abteilungen in dem Zentralinstitut therapeutisch behandelt.

Um die Fühlungnahme zwischen Klinik und Röntgeninstitut möglichst eng zu gestalten, wird Wert darauf gelegt, daß der betreffende Abteilungsarzt an den Röntgenuntersuchungen nach Möglichkeit teilnimmt.

Was den therapeutischen Betrieb anlangt, so wird er vom Oberarzt besonders überwacht. Der Bestrahlungsplan wird von dem Röntgenarzt schriftlich niedergelegt; die Einstellung der Felder wird von den assistierenden Ärzten kontrolliert. Die Bedienung der Schalttische selber erfolgt durch die Schwester.

Die Entwicklung der Inanspruchnahme unserer Röntgenabteilung zeigen die nachfolgenden Zahlen:

	Patienten	Aufnahmen	Durchleuchtungen	Bestrahlungen	Einzelleistungen
1913	—	8396	968	—	—
1926	425	13567	6227	3224	23018
1927	369	16562	6282	3608	26452

Die Röntgeneinrichtungen des Krankenhauses werden fast dauernd von in- und ausländischen Ärzten besucht, die zum Teil auch als Hospitanten längere Zeit hier verbleiben.

Entsprechend dem ehrwürdigen Alter unseres Krankenhauses blicken auch die Einrichtungen unseres *Pathologischen Instituts* auf eine veränderungsreiche Vergangenheit zurück. Bereits im Jahre 1864 wurde eine offizielle Prosektur geschaffen. Als nach der Cholerazeit regelmäßig bakteriologische Untersuchungen in Anwendung kamen, reichte der schon vorher längst unzureichende Raum bei weitem nicht mehr aus. Erst im Jahre 1905 jedoch konnte ein den damaligen Ansprüchen genügender eigener Neubau in Gebrauch genommen werden. Aber auch das neue Institut erwies sich schon nach einigen Jahren als zu klein, nachdem die Einrichtung einer besonderen bakteriologisch-serologischen Abteilung und einer chemisch-physiologischen sich als unumgänglich nötig erwiesen hatte. Der im Jahre 1912 begonnene Vergrößerungsbau, dessen innere Einrichtung durch den Krieg stark verzögert und benachteiligt wurde, ist inzwischen durch weitere Umbauten so ergänzt worden, daß die nunmehr geschaffenen Verhältnisse allen berechtigten Ansprüchen genügen.

Die dem *Anatomischen Institut* gehörigen Räume sind sämtlich im 1. Stock untergebracht. Es sind vorhanden:

ein großer Seziersaal mit sieben Sektionstischen, nebst einem Einzelzimmer mit einem Sektionstisch,
ein Mikroskopierzimmer mit 14 Arbeitsplätzen und
ein Hörsaal.

Daneben verdient eine Sammlung von über 5300 Präparaten, enthaltend u. a. die von dem früheren Prosektor Professor *Simmonds* angefertigten Luftröhrenausgüsse, besondere Erwähnung.

Im Jahre 1927 wurden ausgeführt 1616 Sektionen und 3294 Untersuchungen für die klinischen Abteilungen, davon 751 für die gynäkologische Abteilung.

Das *Bakteriologisch-serologische Institut* befindet sich im Erd- und Kellergeschoß des gleichen Gebäudes. Die bakteriologische Unterabteilung dient vor allem der Erkennung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten im weitesten Sinne. In neuerer Zeit spielt aber auch die Behandlung mit Impfstoffen, die im Laboratorium selbst aus den gezüchteten Erregern hergestellt werden, eine große Rolle, ebenso die Bearbeitung hygienisch-prophylaktischer Fragen.

In der serologischen Unterabteilung wird die Arbeitsleistung ganz außerordentlich stark von der *Wassermann*schen Untersuchung auf Syphilis in Anspruch genommen. Da einige Abteilungen unseres

Abb. 16. Pathologisches Institut. Großer bakt. Arbeitssaal

Abb. 17. Pathologisches Institut. Großer chemischer Arbeitssaal des Pharmakologischen Instituts

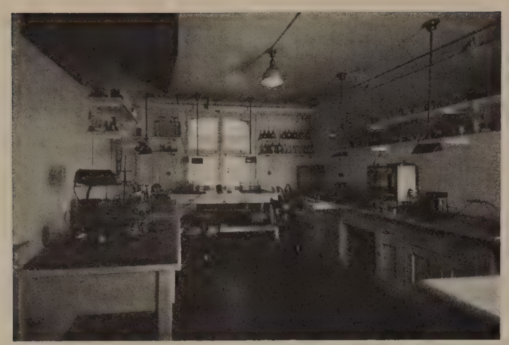


Abb. 18. Laboratorium für physikalisch-chemische Untersuchungen

Krankenhauses so gut wie jede Aufnahme auf *Wassermann*sche Reaktion untersuchen lassen, ist hierin auch ein Ausdruck vorsorgender ärztlicher Tätigkeit zu erblicken.

Der Betriebsumfang des bakteriologischen Institutes ergibt sich aus folgendem: Im Jahre 1927 wurden vorgenommen 17 270 serologische, 8434 bakteriologische Untersuchungen.

Die Räume des *Chemisch-physiologischen Instituts* liegen zum Teil im Erd- zum Teil im Kellergeschoß unseres Pathologischen Instituts. Durch die Gründung der Universität im April 1919 wurden neuere Anforderungen an das Institut gestellt, das als Pharmakologisches Institut der Universität in den Forschungs- und Lehrbetrieb der Hochschule eingegliedert wurde.

Der Vorteil, den das Institut vor allen andern deutschen pharmakologischen Universitätsinstituten hat, nämlich, daß das Institut in organischem Zusammenhange mit einem großen Krankenhause steht, ist nicht unbenutzt geblieben. Im Jahre 1922 ist eine kleine Krankenabteilung in Haus L eingerichtet worden, in der solche Patienten Aufnahme finden sollen, bei deren Beobachtung namentlich in therapeutischer Beziehung eine Mitwirkung des Instituts erwünscht ist.

Die Belieferung der einzelnen Abteilungen unseres Krankenhauses mit Medikamenten erfolgt durch die

Graphische Darstellung der Anzahl der Krankenverpflegungstage seit 1872

750000 740000 730000 720000 710000 700000 690000 680000 670000 660000 650000 640000 630000 620000 610000 600000 590000 580000 570000 560000 550000 540000 530000 520000 510000 500000 490000 480000 470000 460000 450000 440000 430000 420000 410000 400000 390000 380000 370000 360000 350000

Inbetriebnahme d. Allg. Krankenhauses Eppendorf
Cholera
Um- u. Erweiterungsbau
Ende d. Um- u. Erweiterungsbauten
Inbetriebnahme d. A. K. Barmbeck
Weltkrieg
Letztes Kriegsjahr
Reserve-Lazarett-Auflösung
Schliessung v. Stationen infolge Abbau

1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929

im Verwaltungsgebäude zentral gelegene *Anstaltsapotheke,* in der täglich durchschnittlich 1347 Verordnungen einfacherer und schwierigerer Natur ausgeführt werden.

Zur Ausbildung des Pflegepersonals ist ein Lehrer der *Krankenpflegeschule* angestellt, der in jährlichen theoretischen Unterrichtskursen Schwestern, Pfleger und Pflegerinnen auf die Ablegung der Prüfung als staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen vorbereitet.

Die gesamte Verwaltung des Krankenhauses untersteht dem Verwaltungsdirektor.

Zu den *allgemeinen Verwaltungsobliegenheiten* gehören die Aufnahme und die Entlassung der Kranken, die Anstellung und die Entlassung des gesamten Pflege-, Dienst- und Arbeitspersonals, die vorschriftsmäßige Bearbeitung aller vorkommenden Geburts- und Sterbefälle, die tarifmäßige Berechnung und Erhebung der Kostgelder und aller sonstigen anstaltlichen Gebühren, die Führung der Anstaltskasse, die Rechnungslegung über alle anstaltlichen Einnahmen und Ausgaben, die sachgemäße Bearbeitung der Personalien, die Erledigung aller behördlichen und privaten Anfragen und Ersuchen, die Aufstellung aller notwendigen Dienst- und Betriebsordnungen sowie die Erkennung, Planung und Gestaltung aller für die Verwaltung oder den Betrieb der Anstalt erforderlichen oder zweckmäßigen organisatorischen Maßnahmen.

Für den „*Betrieb der Anstalt*" kommen in Betracht: die verwaltungsmäßige Versorgung, Leitung und Beaufsichtigung der Krankenabteilungen, der Polikliniken, der Ambulatorien, der wissenschaftlichen Institute und ihrer Nebenbetriebe einschließlich der wissenschaftlichen Sammlungen und der Laboratorien, ferner der Einkauf aller Anstaltsbedürfnisse, die Bewirtschaftung der technischen sowie der Lebensmittel- und Wirtschaftsmagazine, der Betrieb der Küchen, der Wäscherei, der Plätterei, der Näherei, des Eiswerks, der Bettenfabrik, der Bandagenfabrik, der Desinfektionsanstalt, der Werkstätten, der Verbrennungs-, Dampferzeugungs- und Warmwasserbereitungsanlagen und schließlich die Versorgung aller örtlichen Verbrauchsstellen mit allen wirtschaftlichen und technischen Notwendigkeiten des täglichen Bedarfs sowie mit Wasser, Gas, Dampf, Heißwasser und Elektrizität.

Der Organisation jedes einzelnen Dienstzweiges sind als Ziel gestellt: höchste Zweckmäßigkeit, möglichste Wirtschaftlichkeit und vollste Wahrung der Belange der Kranken und des ärztlichen Dienstes. Demgemäß sind Ruhe, Ordnung, Pünktlichkeit und Sauberkeit oberste Gebote für jegliche Dienstverrichtung.

Einen guten Überblick über die Bedeutung der Anstalt im Rahmen des hamburgischen Gesundheitswesens gibt nebenstehende graphische Darstellung der seit 1872 jährlich erzielten Krankenverpflegungstage:

Die jährlichen Aufnahmen betrugen im Jahre 1923: 19 124, 1924: 21 198, 1925: 21 437, 1926: 21 439, 1927: 22 501 Kranke.

An Nahrungsmitteln wurde für den Krankenverpflegungstag seit Stabilisierung der Währung aufgewendet 1924: Rm. 1.58, 1925: Rm. 1.86, 1926: Rm. 1.81, 1927: Rm. 1.90.

Durch besondere Bemühungen war es möglich, trotz der starken Inanspruchnahme der Anstaltswäsche die Lebensdauer derselben zu steigern. Es wurden beispielsweise 1920 gewaschen 2 940 112 Stücke, ausgeschieden 48 537 = 1,65 v. H., 1927 gewaschen 3 901 283 Stücke, davon ausgesondert 39 414 = 1,01 v. H.

Seit dem 1. April 1920 sind sämtliche Zweige der öffentlichen Gesundheitspflege des hamburgischen Staates der neu geschaffenen Gesundheitsbehörde unterstellt, die damit an Stelle des bisherigen Krankenhauskollegiums getreten ist.

Das Personal der Anstalt ist seit Erlaß des Betriebsrätegesetzes durch den Arbeiterrat und den Angestelltenrat, die beide den Betriebsrat bilden, vertreten. Die Interessen der Beamtenschaft werden auf Grund vorläufiger Regelung durch den Beamtenausschuß wahrgenommen. Die Schwestern der Anstalt werden vom Schwesternverein der hamburgischen Staatskrankenanstalten gestellt; die Wahrnehmung ihrer Interessen obliegt den aus allgemeinen Wahlen hervorgegangenen Vertrauensschwestern.

DAS ALLGEMEINE KRANKENHAUS EPPENDORF

VON PROFESSOR DR. L. BRAUER, ÄRZTLICHER DIREKTOR

DAS Eppendorfer Krankenhaus dankt seine eigenartige Stellung in erster Linie der *wissenschaftlichen Einstellung*, die seine Ärzteschaft mit der Gründung dem *sehr vielgestaltigen klinischen Material* dieses Krankenhauses gegenüber einnahm. Heinrich *Curschmann*, seinen Nachfolgern und Mitarbeitern ist es zu danken, daß dieses große Erfahrungsmaterial auch eine wissenschaftliche Bearbeitung erfuhr und vielfältig die Anregung zur planmäßigen Forschung gab. *Hierin liegt die Mission, die Eppendorf erfüllte;* es wurde bahnbrechend für die Arbeitsweise an den Hamburger Krankenanstalten und vielfältig auch an anderen deutschen und ausländischen Spitälern.

Von Bedeutung wurde ferner die durch Curschmann geschaffene klare, *streng ärztlich orientierte zentrale Organisation*, die es gestattete, sowohl *das Ganze* nach weiten Gesichtspunkten vorausschauend auszugestalten, als auch den *einzelnen Abteilungen* klinischer oder theoretischer Art die völlig freie und selbständige Entwicklung aus eigener Kraft zu belassen, die hinüberführte zu der heute bestehenden Form einer universitätsmäßigen Arbeitsweise. So haben denn auch die ursprünglichen *Dienstvorschriften* und die Umarbeitungen, die dieselben notwendigerweise in den nachfolgenden Jahren erfahren mußten, von jeher lebhaftestes Interesse gefunden.

Die *Bauart des Krankenhauses* im Pavillon-System, die Einfügung dieser Pavillons in große *Gartenanlagen* gaben dem Ganzen ein eigenartiges Gepräge. Der Genuß von Luft und Licht verbindet sich für den Kranken mit der Freude an der parkartigen Schönheit der Umgebung. Daneben steht *die Größe und Gewichtigkeit des Verwaltungsbetriebes*, dessen Vielgestaltigkeit und planmäßige Durcharbeitung nach mancher Hinsicht beachtenswert ist.

Diesen Grundlagen gesellten sich Einzelheiten in dem Ausbau und in fortschreitender geistiger Gestaltung hinzu. Hervorgehoben sei das 1913 in Angriff genommene, den theoretischen Instituten gewidmete Gebäude, das die *pathologische Anatomie*, die *Physiologie*, die *physiologische Chemie*, die *klinische Bakteriologie* und *experimentelle Therapie* und endlich die sog. *Stationslaboratorien* aufnahm.

Eigenartig wirkt die in den letzten 15 Jahren vorgenommene Einfügung freier *Forschungsinstitute* in den Rahmen dieses der Praxis dienenden Krankenhauses. Neu ist die Art des *Diätküchenbetriebes*.

Auch auf das *Aufnahmewesen*, die *Operationssäle* mit den angeschlossenen Laboratorien, das *Röntgeninstitut*, die verschiedenen gewichtigen *Spezialkliniken*, dann auf das *Schwesternhaus*, das *Vorlesungsgebäude*, das mit dem Kirchenbetrieb in geschickter Weise kombiniert ist, u. a. m. sei hingewiesen.

Das Krankenhaus wurde in den Jahren 1884 bis 1889 erbaut. Zunächst stand ein Platz von $18^1/_2$ ha Flächenraum zur Verfügung, der im Lauf der Jahre auf 26 ha vergrößert wurde.

Von dem ursprünglich von dem Staate erworbenen Gelände von insgesamt 55 ha wurde gleich bei Durchführung des ersten Bauprojektes das ganze an der Frontseite des Krankenhauses gelegene Gelände freigehalten und in eine öffentliche Parkanlage verwandelt.

Der Bauplatz war im Norden Hamburgs gewählt, damals noch entfernt von den dichter bebauten Stadtteilen. Seine Hauptvorzüge sind:

Das hochgelegene, allen Luftströmungen gut zugängliche Gelände war und ist auch heute noch fast vollkommen frei; die absolute Höhe beträgt bis 33 m über dem Nullpunkt des Elbflutmessers, es liegt etwa 10 m höher als der eigentliche Ort Eppendorf. Der Baugrund, der vorher nur als Weide und Ackerland gedient hatte, besteht aus feinem dichten Sande, bedeckt nur mit einer dünnen Humusschicht; auf dem südlichen Viertel befindet sich eine 3—4 m tiefe Lehmschicht. Grundwasser wurde bei den Arbeiten niemals erreicht; später angestellte Bohrungen zwecks Gewinnung von Wasser ergaben solches erst in 65 m Tiefe.

Nach eingehenden Erwägungen hatte man sich entschlossen, die neue Anstalt im Pavillonsystem unter vollkommener Durchführung der Dezentralisation zu erbauen, d. h. es wurde zur Aufnahme der Kranken die Herstellung einer größeren Anzahl durchgängig eingeschossiger Gebäude von unterschiedlicher Größe ins Auge gefaßt, die untereinander weder durch Gänge noch durch Korridore oder Terrassen verbunden sein sollten; jedes einzelne Gebäude sollte gewissermaßen ein kleines Krankenhaus für sich darstellen. Es waren damals für Kranke 55 Gebäude (Pavillons) vorgesehen. Die Mehrzahl derselben sollte 33—36 Betten aufnehmen können; nur 2 (zweigeschossige) sollten für 72 Betten eingerichtet werden, während für Aufnahme- und Isolierzwecke einige kleinere mit 6—20 Betten bestimmt waren. Daneben sollten 4 Gebäude für die Aufnahme von Kranken höherer Verpflegungs-



Das Hauptverwaltungsgebäude

klassen (Kostgänger) mit je 17 resp. 19 Betten eingerichtet werden. Die Gesamtbettenzahl wurde auf 1300 festgesetzt; als Baukosten wurden rund 4 Millionen Mark bewilligt.

Im November 1884 wurde mit dem eigentlichen Bau begonnen. Die Baupläne waren unter dem Beirate Prof. Dr. Curschmanns und Verwaltungsdirektors Lundt von dem damaligen Baudirektor Zimmermann ausgearbeitet worden; die Ausführung des eigentlichen Baues leitete der Bauinspektor Behuneck mit dem Baumeister Klees. Das Pavillonsystem erweckte auf der Berliner Hygiene-Ausstellung 1882/83 großes Interesse. Es wurde Vorbild für eine Reihe großer Krankenhausneubauten in Deutschland wie im Auslande.

Als Hauptforderung erhob Curschmann: viel Luft und Licht für die Kranken. Beide Forderungen wurden in Eppendorf in idealster Weise erreicht durch die geschickte Anlage der Pavillons von Süden nach Norden. Durch diese Anordnungen wurden Krankenräume geschaffen, die jeden Sonnenstrahl ausnutzen können; die Tagesräume für die außerhalb des Bettes befindlichen Patienten liegen nach Südosten, sie sind selbst an heißen Sommertagen niemals unbehaglich warm.

Im Frühjahr 1889 war der Bau der neuen Anstalt vollendet, so daß der Umzug aus dem Krankenhause St. Georg nach Eppendorf vor sich gehen konnte. Die teilweise Belegung der neuen Anstalt war allmählich schon von April 1885 ab erfolgt.

Die Anstalt bestand damals aus insgesamt 72 verschiedenen massiven Bauten.

Die anfänglich von verschiedenen Seiten laut gewordene Befürchtung, die Versorgung der zahlreichen Kranken-Pavillons mit den täglichen Bedürfnissen möchte mit ihrer entfernten Lage von den Verwaltungs- und Ökonomiegebäuden auf Schwierigkeiten stoßen, stellte sich bald als hinfällig heraus; ein wohlorganisierter präziser Dienst, gute Transportvorrichtungen, Einrichtungen zum Warmhalten der Speisen in den einzelnen Gebäuden haben nennenswerte Schwierigkeiten nie aufkommen lassen.

Die *Weiterentwicklung des Krankenhauses* kann in vier Perioden eingeteilt werden.

Die erste Erweiterung durch den Bau fünf großer Krankenpavillons trat ein unter dem damaligen ärztlichen Direktor *Prof. Dr. Rumpf.* Die Cholera-Epidemie im Jahre 1892 machte eine Reihe von Infektionsanlagen notwendig. In den Jahren 1897 bis 1902 entstanden das Schwesternwohnhaus, die Frauenklinik, die Augenklinik, der Pavillon für

Heilgymnastik, das jetzige inzwischen völlig unzulänglich gewordene Badehaus, sowie eine Erweiterung des Operationshauses.

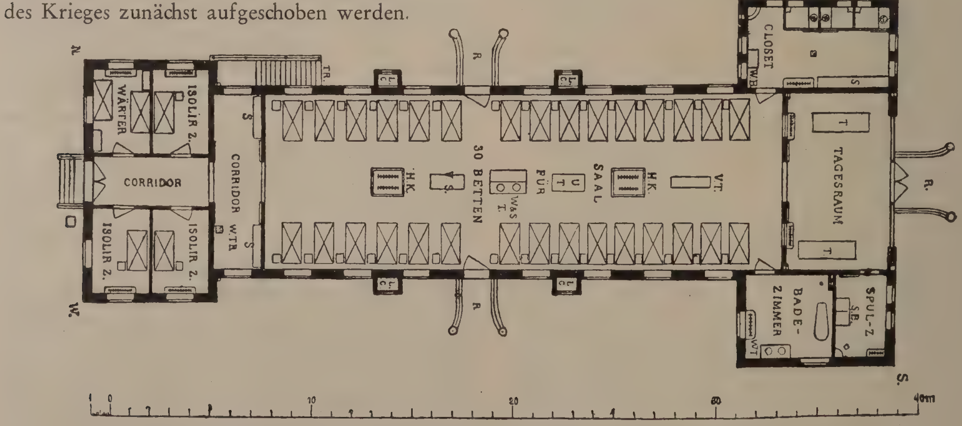
Eine zweite bauliche Erweiterung setzte mit dem Eintreten des *Prof. Lenhartz* als ärztlichen Direktor ein. Seinem besonderen wissenschaftlichen Interesse folgend, setzte er den Bau der großen Infektionsabteilung, der geschlossenen Tuberkulose-Abteilung, des Vorlesungsgebäudes und eines zunächst kleineren Röntgeninstitutes durch. Außerdem erreichte er die Erstellung von zehn größeren Asbestbaracken für Epidemiezwecke. Damals entstanden auch gewichtige verwaltungsmäßige Einrichtungen, die in den folgenden Jahren dann beträchtlich weiter ausgebildet wurden, so z. B. eine Dampffernheizungsanlage u. a. m.

Eine dritte Bauperiode setzte mit dem Jahre 1911 ein. Das Krankenhauskollegium hatte dem neu eintretenden Direktor die Aufgabe gestellt, eine bauliche Reorganisation des Krankenhauses zu erwirken. Gemeinschaftlich mit dem damaligen Verwaltungsdirektor sowie der Baudeputation wurde ein weiter ausgreifendes Bauprogramm aufgestellt. Zunächst sollten die theoretischen Institute völlig neu hergestellt resp. ergänzt werden und durch Hinzunahme der Physiologie wesentlich erweitert werden. Unter diese erste Baugruppe fiel auch die Ausgestaltung des Diätküchenwesens und ein durch die Kriegsverhältnisse leider unterbrochener Plan der Errichtung einer größeren Abteilung für alle physikalisch-diagnostischen Methoden. Für eine zweite Baugruppe war der Neubau resp. die Ausgestaltung mehrerer der einzelnen klinischen Abteilungen vorgesehen.

Während der erste Abschnitt dieses Bauprogramms noch in allen wesentlichen Punkten ausgeführt werden konnte, mußte der zweite Teil infolge Ausbruchs des Krieges zunächst aufgeschoben werden.

Eine vierte, jetzt noch laufende Periode der Erweiterungsbauten setzte mit dem Jahre 1919 ein. Die *Angliederung des Universitätsbetriebes* an die Abteilungen des Eppendorfer Krankenhauses wurde hierfür entscheidend. Die baulichen Ideen der Vorkriegszeit wurden zum Teil neu aufgenommen, zum Teil in einer Form durchgeführt resp. in Vorschlag gebracht, die den derzeitigen Verhältnissen gerecht zu werden suchte.

Der derzeitige Zustand des Krankenhauses erhellt aus dem umseitigen Plan. Der für das Krankenhaus charakteristische Pavillonbezirk wird durch die Mittelachse in eine Männer- und in eine Frauenseite geteilt. In dieser Mittelachse findet sich zunächst das große Verwaltungsgebäude, dann das Operationshaus; weiterhin das Badehaus und das Vorlesungsgebäude. Die beiden ersten Pavillonreihen sind der chirurgischen, die nächsten der medizinischen Abteilung gewidmet. Dann folgt die sog. Tuberkulose-Reihe und darauf hinter besonderer Vergitterung die Infektions-Abteilung. Der rechte obere Winkel (Nordosten) ist der Bezirk der theoretischen Institute. Im linken oberen Winkel (Nordwesten) findet sich der größte Teil der Dienstwohnungen. Nach Westen zu (also auf dem Plan links) schließt sich der breite Streifen der verschiedenen Wirtschaftsgebäude an. Jenseits dieses Streifens liegen die Augenklinik, die Hautklinik, der Rest der Epidemie-Baracken, die Frauenklinik, das Schwesternhaus sowie ein noch der Bebauung zugängliches restliches Gelände, das aber nicht groß genug ist, um den vielfachen und ausgedehnten Baubedürfnissen der Universität zu entsprechen.



Grundtyp des Eppendorfer Pavillons mit dem großen, einer Aufteilung bedürftigen Hauptsaal



Fliegeraufnahme. Im Vordergrund das Verwaltungsgebäude. Rechts die Pavillons zwischen den Baumanlagen. Links zunächst die Verwaltungsgebäude, dahinter Augenklinik, Frauenklinik und Schwesternhaus

Als Typus der Krankenhausbauten der ursprünglichen Anlage ist der *Normalpavillon* anzusehen. Dieser enthält einen Saal und 4 Einzelzimmer. Dieses Modell ist in 26 Bauten zur Ausführung gelangt; sein Grundriß ist bei 6 weiteren Bauten insofern abgeändert worden, als die Zahl der Einzelzimmer am Kopf von 4 auf 7 erhöht worden ist und zwei der ebengenannten Pavillons zweigeschossig aufgeführt sind. Der Normalpavillon stellt einen eingeschossigen Bau mit flachem, fast horizontalem Dache dar. Die Form und die Einteilung des Gebäudes ist aus dem Grundriß ersichtlich.

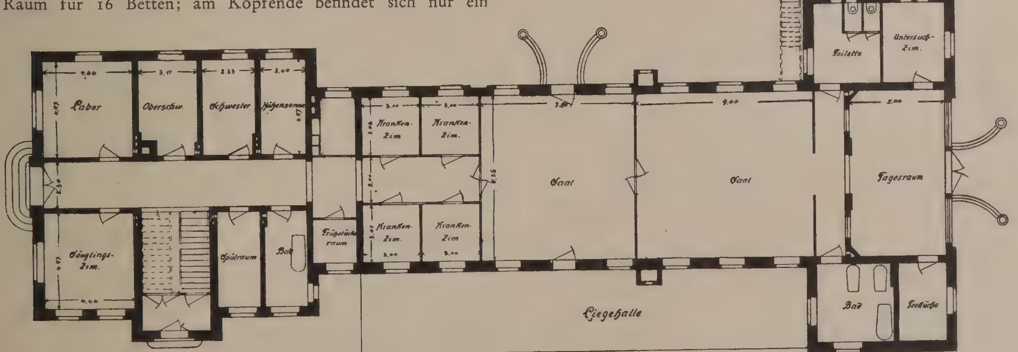
Bei den gesteigerten Ansprüchen wurde es wünschenswert, die Zahl der Einzelzimmer in den Pavillons zu vermehren und auch die Teeküche zu vergrößern. Im übrigen aber hat sich der Normalpavillon auf das beste bewährt; er ist billig, übersichtlich und hat eine geradezu ideale Ventilation. Die im Dache befindlichen „Dachreiter" beseitigen in zweckmäßiger Weise die verbrauchte Luft. Alle Nebenräume sind so gelegt, daß sie nach keiner Richtung hin lästig fallen. Auch ist bei rationeller Führung der Verwaltung die Bewirtschaftung trotz des Fehlens aller Verbindungsgänge und trotz der freien, zerstreuten Lage der einzelnen Pavillons einwandfrei durchzuführen. Die freiliegenden einstöckigen Pavillons, evtl. mit gewissen Modifikationen und unter einer nunmehr in Durchführung begriffenen Teilung der Säle, würden — entgegen der von andern Seiten vertretenen Ansichten — auch heute noch die beste Lösung der Krankenversorgungsfrage bilden.

Auch die mittelgroßen Pavillons, von denen 12 vorhanden sind, gleichen in ihrer Grundlage genau dem großen Normalpavillon, nur sind sie entsprechend kürzer. Der Saal hat Raum für 16 Betten; am Kopfende befindet sich nur ein Einzelzimmer, dem gegenüber das Badezimmer liegt. Von dieser Gruppe dienen 4 als Aufnahmepavillons.

Die Länge der Normalpavillons beträgt 41 m, die Breite des Mittelbaues 10 m, die des Kopfes am nordwestlichen Ende 12 m, die des breiteren südöstlichen Giebelvorbaues 18 m. Die Sparrenköpfe befinden sich $5^{3}/_{4}$ m, der Dachfirst etwas über 6 m über dem Erdboden. Der Haupteingang liegt in der Mitte der nordwestlichen Schmalseite; man gelangt durch ihn zunächst in einen Korridor, an dessen beiden Seiten je 2 Einzelzimmer liegen, die als Isolier- oder Arbeitszimmer Verwendung finden.

Der Rauminhalt des Einzelzimmers beträgt 57,1 cbm. Durch eine Glasschiebetür gelangt man von dem Korridor in einen Quergang von 2,30 m Breite und 8,50 m Länge; dieser bietet eine Isoliervorrichtung zur Trennung der Absonderungsräume vom Krankensaal; hier stehen Schränke für Wäsche, ein Eisschrank, und von hier wird die gebrauchte Wäsche (mit Ausnahme der infizierten) durch einen Wäschetrumpf nach der im Keller befindlichen Wäschekammer befördert. Eine weitere Schiebetür führt in den Krankensaal. Dieser hat eine Grundfläche von 25,8 : 8,5 m = 219,3 qm und bei einer Höhe von 5 m einen Luftraum von 1096 cbm = pro Bett 36,5 cbm.

An jeder Seitenwand des Krankensaales sorgen 8 große Glasfenster (Gesamtglasfläche 64 qm) für ausgiebigste Lichtzufuhr.



Pavillon 16 mit neuer Unterteilung des großen Saales und besserer Anordnung der Nebenräume

Maßstab

Grundplan des Krankenhauses

Am unteren Ende des Krankensaales führt je eine seitliche Tür in das im Giebelvorbau gelegene Badezimmer, während man durch eine große Schiebetür in der Mitte in den Tagesraum mit anstoßender Teeküche und Spülzimmer und in die Klosettanlage gelangt. Der Tagesraum (8,5 : 5 m) ist durch eine 6 m breite Glaswand, die mit Schiebe- und Klappfenstern und mit einer großen Flügeltür versehen ist, nach außen abgeschlossen. Die Kranken können von hier direkt über eine Rampe ins Freie gefahren werden und sollen von hier grundsätzlich schnell ins Freie gelangen können.

Die Klosettanlage (7 : 4,5 m) hat auf drei Seiten große Fenster, mittels derer kräftige Lüftung möglich ist, so daß ihre direkte Verbindung mit dem Krankensaal keinen Bedenken begegnet. Hier werden auch Besen, Eimer u. dgl. in oben offenen Schränken aufbewahrt; außerdem ist hier ein großer Ausguß mit Wasserspülung und ein Wäschebehälter für infizierte Wäsche vorhanden von 0,3 cbm Inhalt, mit dicht schließenden Eisentüren, von denen die eine im Vorraum, die andere von außen geöffnet werden kann. In diesen zementierten Behälter wird in einem großmaschigen Netzbeutel die infizierte Wäsche mit einer Bleiplombe geschlossen gelegt. Der Wäschebeutel wird dann von einem Angestellten der Desinfektionsanstalt dem Behälter von außen entnommen und mittels einer besonderen Karre aus Eisenblech der Desinfektionsanstalt zugeführt. Ursprünglich war ein jeder der Pavillons mit einer eigenen Heizanlage versehen. Im Laufe der Jahre schritt man dann zu einer Verkuppelung von 3 bis 4 Pavillons, und nunmehr wird zunehmend zu dem System der Dampffernheizung unter Verwendung hochgespannten Dampfes geschritten. Die ursprüngliche Fußbodenbeheizung wurde als unzweckmäßig aufgegeben.

Die Betten stehen an den beiden Längsseiten des Saales. In der Mitte des Saales sind Wasch- und Schreibtisch, Verbandtisch, Medizinschrank und ein Untersuchungstisch aufgestellt.

Die kleinen Pavillons der ursprünglichen Anlage (früher ausschließlich, heute nur noch teilweise zu Isolierzwecken benutzt, zum größten Teil durch Umbauten verändert) sind quadratisch angelegt, mit kleinen Ausbauten, einem für Abortanlagen und einem, der als Windfang und Vorraum dient. Die eine Hälfte des Gebäudes bildet ein Krankenzimmer für 5 Betten, die andere enthält ein Bad, Anrichteküche und ein kleines Zimmer für die Pflegerin.

Als *Mängel des ursprünglichen Normalpavillons* sind anzusehen der zu große Krankensaal und das Fehlen genügender Nebenräume. Nach mancherlei Versuchen ist es der Verwaltung gelungen, bei der gruppenweisen Überholung der einzelnen Pavillons *Umbauten* und vor allem *Unterteilungen* zu schaffen, die die Pavillons den modernsten Ansprüchen anpassen. Hier wiederum zeigte es sich, *wie wichtig es ist, Krankenhausbauten eine Form zu geben, die es ermöglicht, neu aufkommenden Wünschen Rechnung zu tragen.* Die Eppendorfer Pavillons in ihrer Einfachheit haben diese Anpassungsfähigkeit an neue Anschauungen in der Krankenpflege auf das beste bewährt. Es seien die Abbildungen des alten Normalpavillons verglichen mit einer Form, wie sie in Pavillon 16 erreicht wurde (cf. pag. 138/139).

Durch Unterteilung sind Einzelzimmer und Räume für besondere Behandlungsformen, Laboratorien usw. geschaffen worden. Der große Saal ist durch eine Zwischenwand in zwei Säle zu je 16 Betten verwandelt. Eine Lichtsignalanlage, Radioanlage, bessere Beleuchtung u. v. a. m. ermöglichten es, die Pavillons nicht nur den Wünschen der einzelnen Klinikleiter anzupassen, sondern auch alle modernen Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Verblieben ist aber die unerreicht gute *Durchlüftungsmöglichkeit*, die nur zu schaffen ist durch breite Deckenentlüftung in einstöckigem Pavillon.

Muntere Farben haben das altmodische monotone Grau verdrängt. Auch äußerlich hat der Pavillon durch weißen Anstrich der Fensterrahmen ein wesentlich freundlicheres Gesicht erhalten.

Wie die großen, so konnten auch die mittleren und kleineren Pavillons schrittweise einer modernen Umgestaltung entgegengeführt werden.

Abweichend von dem System des Normalpavillons sind in ihrem Grundriß die Häuser für die Patienten höherer Verpflegungsklassen (Kostgänger), ferner das Delirantenhaus (Pavillon 59), die Augenabteilung und die Entbindungsanstalt (Gynäkologische Abteilung). Diese Gebäude sind nach dem Korridorsystem angelegt.

Von den 4 zweigeschossigen Kostgängerpavillons gehören je 2 der medizinischen und 2 der chirurgischen Abteilung an; sie verfügen über mehrere verschieden große Zimmer zu 1 bis 3 Betten und bieten Raum für etwa 25 Kranke der 1., 2. und 3. Verpflegungsklasse. Das zweigeschossige Haus für unruhige Kranke enthält im Erdgeschoß 2 Wachsäle für je 6, im Obergeschoß 2 Säle mit Tagesräumen für je 8 Kranke. In einem Anbau sind Einrichtungen für Dauerbäder untergebracht und neuerdings die Laboratorien der Nervenklinik.

Die Pavillons der neuen Infektionsabteilung stellen einen besonderen Typus dar, der sich aus ihrer eigentlichen Bestimmung als Aufenthaltsraum für Infektionskranke heraus entwickelt hat.

Das Modell des Infektionspavillons hat sich im Laufe der Jahre gerade für die Unterbringung von Mischinfektionen außerordentlich bewährt; es würde sich sicher auch sehr gut für kleinere Krankenhäuser eignen.

Die Infektionsabteilung besteht aus
- 1 zweigeschossigen Pavillon für Scharlach,
- 1 zweigeschossigen Pavillon für Diphtherie,
- 1 eingeschossigen Pavillon für Mischinfektionen von Diphtherie und Scharlach,
- 1 eingeschossigen Pavillon für Masern,
- 1 eingeschossigen Pavillon für Keuchhusten und
- 1 dreiteiligen Quarantänepavillon.

In der Gesamtheit ist diese *Infektionsabteilung* durch ein Gitter von den übrigen Pavillons abgetrennt.

Des ferneren haben sich als Umgrenzung der einzelnen Pavillons besonders gut dichte, mannshohe Buchenhecken erwiesen, die dem Ganzen ein gärtnerisch schönes Aussehen geben. Die Abgrenzung durch die Hecken ist wenig auffällig. Durch besondere Umgitterung doppelt streng isoliert ist der kleine Pavillon 65, in dem die Lepra- oder Pockenfälle, Fleckfieber oder ähnliche seltenere und besonders streng abzusondernde Infektionsfälle untergebracht werden.

Eine der gewichtigsten Aufgaben des ärztlichen Direktors liegt in der Überwachung der in dem Betrieb eines großen Krankenhauses so überaus bedenklichen und nur durch sorgfältigste Maßnahmen zu beschränkenden *Hausinfektionen.* Diese Bekämpfung setzt schon ein mit dem Aufnahmedienst,

Kirchengebäude und Vorlesungshalle



Blick vom Dach des Verwaltungsgebäudes aus über die Gartenanlagen und die eingestreuten Pavillons

wie er im nachstehenden geschildert ist. Sie findet dann weiterhin ihren Ausdruck darin, daß jede im Krankenhaus aufkommende infektiöse Erkrankung unverzüglich zu melden und nach Rücksprache mit dem 1. medizinischen Sekundärarzt resp. der für die Aufnahme dieser Infektionskrankheit in Frage kommenden Abteilung eiligst zu isolieren resp. zu verlegen ist.

Mit der Erstellung des *Gebäudes für die theoretischen Institute* wurde im November 1913 begonnen. Dort wurden außer der *pathologischen Anatomie* untergebracht die *Serologie*, die *Physiologie*, die *klinische Chemie* und die sog. *Stationslaboratorien.* Jede dieser Gruppen ist in sich völlig getrennt von den andern und je mit einem besonderen Eingang versehen. Es sei wegen der Baupläne und Außenansichten auf die Darlegungen des Herrn Oberbaudirektor *Prof. Dr. Schumacher* verwiesen.

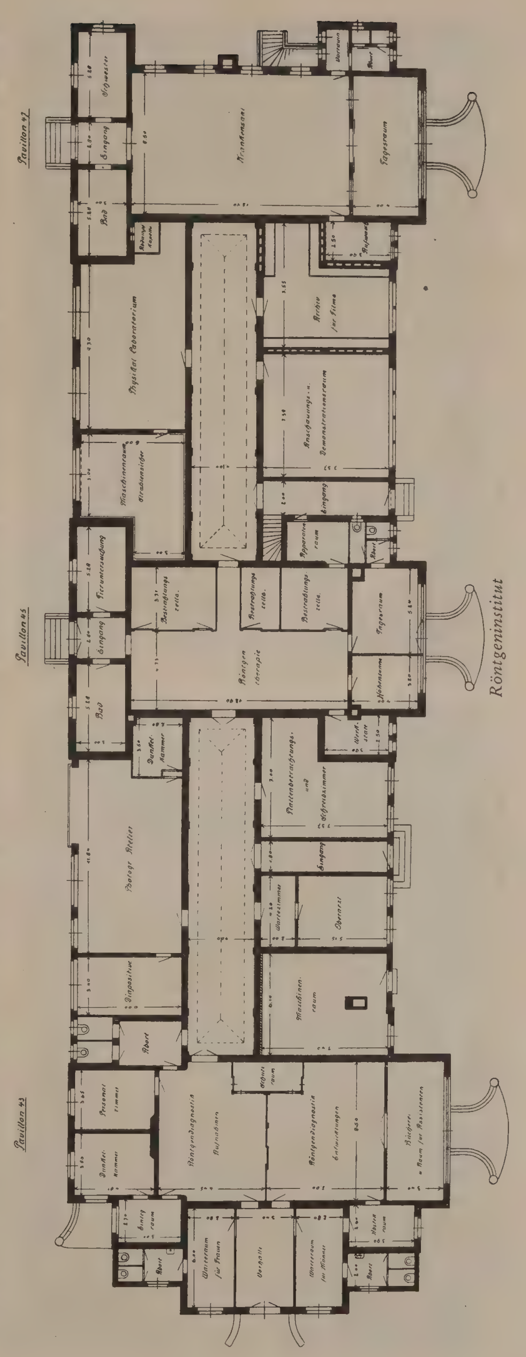
Für die *pathologische Anatomie* ist im Keller eine nach Norden gelegene Leichenhalle, die mit dem Aufbahrungsraum im alten Gebäude durch einen unterirdischen Kanal verbunden ist, untergebracht; dieser Raum ist mit den darüber befindlichen Seziersälen durch einen Aufzug verbunden. Neben dem Leichenraum befinden sich Eiskammern und ein Raum für Tiefkühlung. Ferner sind dort ein Mazerierraum, diverse Vorratskammern sowie ein großer Sammlungsraum.

Im Erdgeschoß liegt ein großer Seziersaal mit zwölf und ein kleiner Saal mit vier Seziertischen. Neben diesen beiden Räumen und in Verbindung mit denselben befindet sich ein Präparierraum. Vor dem Seziersaal befindet sich ein Hörsaal, der Raum für etwa 150 Hörer bietet. Anschließend hieran befinden sich die Dienstzimmer und Schreibzimmer der Ärzte, ein Röntgenzimmer, photographische Arbeitsräume sowie Arbeitsräume für den Zeichner.

Im 1. Obergeschoß befindet sich der große Mikroskopiersaal mit Lichteinfall aus dem Norden, ein kleiner Mikroskopiersaal, ein physikalisches und chemisches Laboratorium mit den entsprechenden Nebenräumen. Sodann befinden sich dort zwei Zimmer für Tieroperationen, ein Kochraum, ein bakteriologisches Arbeitszimmer und die Handbibliothek.

Die *Serologie* verfügt im Erdgeschoß über eine Reihe von Arbeitszimmern sowie über Räume für Tierversuche; ferner befinden sich dort auch die Maschinen- und die Sterilisationsräume.

Die *Stationslaboratorien* liegen im Kellergeschoß. Sie bieten Arbeitsmöglichkeiten für die Oberärzte, Sekundärärzte und Assistenten der verschiedenen Kliniken.



Röntgeninstitut

Im 1. Obergeschoß befinden sich ferner die Räume des *Physiologischen Institutes* mit einem aseptischen Operationszimmer, mehreren Laboratorien, einem Raum für Stoffwechselversuche, einem klimatologischen Raum, einer Terrasse, einem Respirationszimmer mit allem Zubehör.

Im Ober- und im Dachgeschoß befinden sich die Laboratorien des Institutes für physiologische und klinische Chemie.

In Verbindung mit dem Neubau wird eine wesentliche Verbesserung des Aufbahrungsraumes, der Warteräume für die Leidtragenden, ebenso eine Vergrößerung und Verbesserung der Kapelle vor sich gehen.

Die durch den Neubau in dem alten Pathologischen Institut freiwerdenden Räume sind für die Unterbringung und Vergrößerung der *Zahnklinik* vorgesehen.

Dem *Röntgeninstitut*, das ursprünglich in diesen Räumen untergebracht werden sollte, mußten während des Krieges die Räume zugewiesen werden, die in baulicher Hinsicht für ein Institut für experimentelle Diagnostik vorgesehen und durch Zusammenlegung dreier kleinerer Pavillons (43, 45 und 47) geschaffen waren.

Das Röntgeninstitut ist so eigenartig, daß es sich verlohnt, ihm eine besondere Schilderung zu widmen.

Das allgemeine Röntgeninstitut ist untergebracht in zwei ehemaligen Krankenpavillons, die nach dem Kriege für den neuen Zweck in sehr praktischer und moderner Weise umgebaut und hergerichtet sind.

Die Anordnung der Räume ergibt sich aus dem Grundriß (Abb. 1—25). Die Röntgendiagnostik wurde in dem einen, die Röntgentherapie in dem andern Pavillon untergebracht. Die Verbindungsgänge dienen teils als Schreib- und Plattenbetrachtungsräume, teils sind sie für die Photographie eingerichtet.

Auf die Schutzvorrichtungen in dem Institut ist ganz besondere Sorgfalt verwendet worden. Die Hochspannungsmaschinen stehen außerhalb der Arbeitsräume; die Arbeitsräume selbst sind hoch und geräumig. Auf gute Ventilation ist besonders geachtet. Als Strahlenschutz ist erstmalig ein Gemisch aus Schwerspat und Zement benutzt worden, ein Material, das eine hohe Absorptionsfähigkeit für Röntgenstrahlen besitzt und sich in vorzüglicher Weise bewährt hat.

Die Abteilung für Röntgendiagnostik ist durch eine strahlensichere Wand in zwei Räume getrennt. In dem einen Raum werden vornehmlich die Durchleuchtungen, in dem andern die Aufnahmen ausgeführt. Für beide Räume ist ein gemeinsames allseitig geschlossenes Schutzhaus vorhanden, in dem alle Schaltorgane und Meßinstrumente (primäres Voltmeter, Amperemeter, Kilovoltmeter Heizstromamperemeter, Milliamperemeter), untergebracht sind, so daß das Personal alle Handgriffe vollkommen strahlengeschützt vornehmen kann und die Untersuchungsräume, solange ein Rohr in Betrieb ist, nicht zu betreten braucht.

Für diagnostische Untersuchungen stehen 3 Röntgenmaschinen zur Verfügung. Der aus dem städtischen Elektrizitätswerk bezogene Drehstrom von 6000 Volt Spannung wird auf 380/220 Volt heruntertransformiert. Die Transformatorenstation ist von dem übrigen Maschinenraum abgetrennt.

In dem für Durchleuchtungen dienenden Untersuchungsraum ist für Durchleuchtungen im Stehen und Sitzen das leicht bewegliche und sehr handliche Forsellstativ vorhanden, für Durchleuchtungen im Liegen der Gilmertisch, außerdem das genial konstruierte Omniskop, welches gestattet, in einer bisher unerreichten Mannigfaltigkeit und Leichtigkeit Patienten und Röhre um horizontale und vertikale Achse zu drehen und so jede nur denkbare Durchleuchtung auszuführen.

Der Aufnahmeraum ist ausgestattet mit 2 Kompressionsblendentischen nach Albers-Schönberg, mit drehbarem, auf Schienen in beliebige Entfernung zu bringendem Aufnahmestuhl und einer Einrichtung von Momentstereoskopie.

Auf der Nordseite befindet sich die geräumige Dunkelkammer mit einem „trockenen Vorraum", in dem die Platten eingelegt werden, und der eigentliche Entwicklungsraum. Außerdem ist noch eine kleine Teeküche mit Gasherd, Aufwäsche usw. vorhanden, in der Magenbrei usw. gekocht wird. In dem Verbindungsgang zwischen der diagnostischen und therapeutischen Abteilung sind die Schaukästen zum Filmstudium und die Schreibtische untergebracht.

In der Röntgentherapeutischen Abteilung ist das sog. Drei-Kammersystem gewählt worden. An Apparaten stehen zur Verfügung: 1 Stabilivolt und 1 Neointensivreform mit Kondensatoren. Die röntgentherapeutische Abteilung enthält außerdem ein physikalisches Laboratorium, einen Raum zur Aufbewahrung des Archivs und einen Untersuchungsraum, in dem cystoskopische, rektoskopische usw. Untersuchungen ausgeführt werden. Der Gang zu dem Nachbarpavillon wird als photographisches Atelier ausgenutzt.

Für das Archiv, für die Diapositivarbeiten, für das photographische Atelier und das physikalische Laboratorium ist der Anbau mehrerer Räume vorgesehen.

1. Warteraum für Diagnostik
2. Zimmer des leitenden Oberarztes
3. Maschinen- und Transformatorenraum
4. Zimmer für Röntgendurchleuchtungen
5. Schutzhaus
6. Zimmer für Röntgenaufnahmen
7. und 8. Wartezimmer für Frauen und Männer
9. Dunkelkammer
10. Schwesternzimmer
11. Plattenbetrachtungsraum
12. Schreibzimmer
13. Archiv
14. Raum für Diapositivarbeiten
15. Photographisches Atelier
16. Dunkelkammer
17. Bedienungsraum für Röntgenbehandlung
18. Strahlensichere Boxen
19. Warteraum
20. Höhensonne, Diathermie
21. Untersuchungszimmer
22. Archiv
23. Maschinenräume
24. Photographisches Atelier
25. Physikalisches Laboratorium

Die *Größe des Krankenmaterials* und die recht beträchtliche *Aufgabe des großen Verwaltungsbetriebes* erhellen am klarsten aus der Wiedergabe einiger Zahlen.

Insgesamt stehen *76 Bauten für die Krankenunterbringung zur Verfügung*, die zur Zeit 2817 Krankenbetten aufnehmen können. Bei einer tatsächlichen Belegung von 2400 Patienten ist aber das *Maß der praktischen Ausnutzbarkeit* der Krankenhausbetten erreicht. Die Zahl der „vorhandenen" Krankenbetten, die die Spitäler zumeist nennen, ist irreführend; es kommt auf die „Belegfähigkeit" des Hauses an.

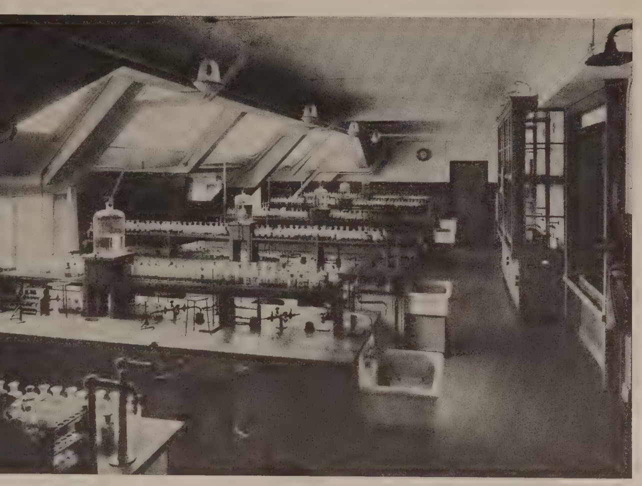
Des ferneren dienen der Behandlung im Krankenhause sowie dem Lehr- und Forschungsbetrieb die nachfolgenden Gebäude: ein Operationshaus, ein Badehaus, ein die Institute für Pathologie, Serologie, Physiologie und Chemie enthaltendes Gebäude, ein Röntgeninstitut, eine Diätküche, ein zahnärztliches Institut, Ambulatorien und Polikliniken für Universitätszwecke, endlich das Vorlesungsgebäude.



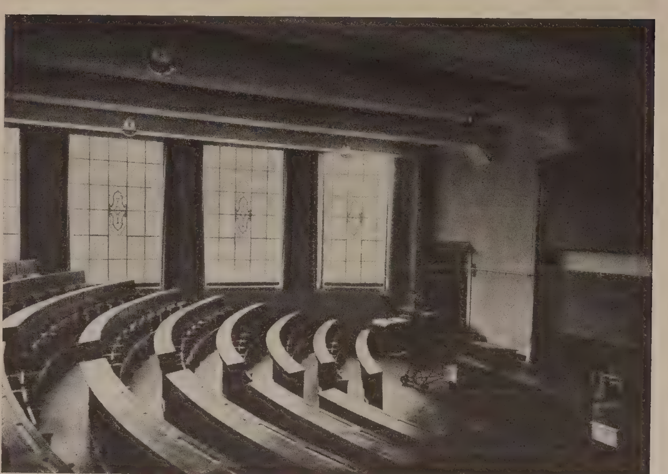
Turnübungen vor dem orthopädischen Pavillon



Das Curschmanndenkmal vor dem Operationshaus



Unterrichtslaboratorium im Dachgeschoß des physiologisch-chemischen Institutes



Der Haupthörsaal im Hause der theoretischen Institute

Die Zahl der entbundenen Frauen, der geborenen Kinder und der Verpflegungstage.

Jahr	Zahl der Entbundenen	Zahl der Neugeborenen	Verpflegungstage	Jahr	Zahl der Entbundenen	Zahl der Neugeborenen	Verpflegungstage
1903	869	876	28 943	1924	1208	1202	35 860
1908	1285	1309	54 744	1925	1593	1609	48 437
1913	1747	1780	56 952	1926	1630	1646	40 695
1923	1048	1029	42 193	1927	1442	1421	38 498

Auf dem Gelände des Krankenhauses errichtet, aber im Privatbesitz stehend, kommen noch hinzu die *Institute für Tuberkulose, Krebs-, Pilz-, Lichtforschung sowie für angewandte Pharmakologie* und *Kolloidchemie.*

Für *Verwaltungs- und Wirtschaftszwecke* sind vorhanden: ein Verwaltungsgebäude, enthaltend: die Diensträume der ärztlichen und der Verwaltungsdirektion, die Bureaus für die allgemeine Verwaltung und jene für das Dekanat der medizinischen Fakultät, die Apotheke, einige Beamtenwohnungen und Wohnungen der Assistenzärzte; ein Küchengebäude mit umfangreichen Lagerräumen, ein Eishaus, ein Waschhaus, ein Desinfektionshaus.

Für *technische Zwecke* stehen zur Verfügung: ein Maschinenhaus, ein Kesselhaus und ein Werkstättengebäude. Hinzu kommt die *Gärtnerei.*

Der große, viele Einzelaufgaben umfassende Verwaltungsbetrieb untersteht dem Verwaltungsdirektor und gliedert sich in: Allgemeine Verwaltung, Stationsbetrieb, Wirtschaftsbetrieb, Technischer Betrieb.

Die sehr mannigfachen Aufgaben können einem besonderen Studium auf das lebhafteste empfohlen werden, da sie bei ihren vielfältigen Wechselbeziehungen zur ärztlichen Arbeit, zur Finanzwirtschaft, zum Fürsorgewesen und zu manchen andern Fragen des praktischen Lebens naturgemäß in einem so großen Verwaltungskörper interessante Eigenarten bieten. Zur Illustration dessen mögen die nachfolgenden *statistischen Daten* dienen:

Die Abteilungen.

Klinik	Leitende Oberärzte	Sekundärärzte	Assistenzärzte	Vorhandene Betten (nach dem Stande vom 1. Febr. 1928)	Belegte Betten (nach dem Stande vom 1. Febr. 1928)
A. Kliniken					
1. medizinische (Direktorial-)Klinik[4]	1	2	10[1]	266	240
medizin. Aufnahme	—	—	—	35	14
medizinische Kostgängerpavillons	—	—	—	44	20
Diätabteilung mit Diätküche[2]	—	—	—	45	41
kleine Infektions-Pavillons[3]	—	—	—	42	18
2. medizinische (Neurologische) Klinik[4]	1	1	3	217	205
3. medizinische (Poliklinische) Klinik[4]	1	1	5	320	289
4. medizinische Klinik	1	1	3	287	258
5. „ (Kinder-)Klinik[4]	1	1	3	209	138
Abteilung für physikalische Therapie	1	—	—	12	11
1. chirurgische Klinik[4]	1	2	8[1]	358	300
chirurg. Aufnahme	—	—	—	31	21
chirurgische Kostgängerpavillons	—	—	—	53	50
2. chirurgische Klinik	1	1	2	236	198
Frauenklinik[4]	1	1	4	270	178
Augenklinik[4]	1	1	4	127	89
Hautklinik[4]	1	1	3	140	95
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke[4]	1	1	4	54	50
Orthopädische Klinik[4]	1	—	1	45	37
Lupusabteilung	1	—	—	26	19
B. Ambulatorien und Institute				2817	2271
Ambulatorien der Universitäts-Kliniken[4] u.[5]	—	—	—		
Zahnärztliches Ambulatorium	1	—	4		
Pathologisches Institut[4]	1	1	3		
Allgem. Röntgeninstitut	1	—	2		
Abteilung für experimentelle Therapie	1	—	2		
Physiologie[4]	1	1	1		
Chem. Laboratorium[4]	1	—	2		
Krankenpflegeschule	—	2	—		
Insgesamt	20	17	64		

[1] Darunter 2 abkommandierte Militärärzte. Außerdem stehen etwa 70—80 Praktikanten bzw hospitierende Ärzte den Abteilungen zur Verfügung. [2] Die Diätküche versorgt einesteils die Kranken der Direktorialabteilung, ferner auf ärztliche Anordnung die Patienten anderer Kliniken mit besonders zubereiteter Krankenkost. [3] Dienen in erster Linie für Mischinfektion und Hausinfektion sowie zur Bekämpfung besonderer epidemischer Erkrankungen. [4] Gleichzeitig offizielle Universitätskliniken bzw. -institute. [5] Die ärztliche Versorgung erfolgt durch die Ärzte der entsprechenden Kliniken.

Die Zahl der in den einzelnen Abteilungen Behandelten und Gestorbenen.

Jahr	Medizinische Abteilungen		Chirurgische Abteilungen		Augenabteilung		Entbindungsabteilung		Hautabteilung		Überhaupt	
	behandelt	gestorben	behandelt	gestorben	behandelt	gestorben	behandelt	gestorben	behandelt	gestorben	behandelt	gestorben
1898	8 712	1191	4 390	278	—	—	—	—		—	13 102	1469
1903	10 651	1636	5 712	403	626	17	2701	133	—	—	19 696	2189
1908	13 684	1678	6 769	450	859	16	3820	180	—		25 132	2324
1913	17 550	1863	9 423	541	1018	7	4740	196	—	—	32 731	2607
1923	10 253	1082	7 824	552	763	3	3939	140	1602	2	24 381	1779
1924	11 616	1059	8 536	492	1149	3	4778	162	1558	2	27 637	1718
1925	12 685	1106	8 656	516	1111	1	5295	159	1377	3	29 124	1785
1926	13 198	1115	8 426	533	1058	3	5552	186	1221	4	29 455	1841
1927	15 616	1252	10 260	501	1024	3	5119	171	1308	12	33 327	1939

Zahlen der Krankenhausaufnahmen und Verstorbenen.

Jahr	Zugang an Kranken von außen (d. h. nicht die Verlegungen innerhalb des Krankenhauses)	Verstorben	Todesfälle v. H.	Davon im einzelnen behandelt an: Scharlach				Masern				Diphtherie				Keuchhusten				Tuberkulose				Karzinom und sonstige bösartige Neubildungen			
				behandelt	v.H.	davon verstorben	v.H.	behandelt	v.H.	davon verstorben	v.H.	behandelt	v.H.	davon verstorben	v.H.	behandelt	v.H.	davon verstorben	v.H.	behandelt	v.H.	davon verstorben	v.H.	behandelt	v.H.	davon verstorben	v.H.
1900..	15 251	1905	12,5	357	2,3	26	7,3	150	1	24	16	230	1,5	34	14,7	115	0,7	15	13	1349	8,8	442	32,8	427	2,8	183	42,8
1901..	16 002	1901	11,9	466	2,9	61	13,1	186	1,1	28	15,1	257	1,5	25	9,7	181	1,1	58	32	1525	9,5	431	28,3	367	2,3	156	42,5
1902..	15 853	2054	13	737	4,7	189	25,7	207	1,3	25	12,1	355	2,2	47	13,2	147	0,9	62	42,1	1544	9,7	464	30,1	412	2,6	196	47,6
1903..	16 224	2189	13,5	611	3,7	124	20,3	300	1,8	43	14,3	353	2,2	44	12,5	92	0,5	41	44,6	1334	8,2	430	32,2	490	3	256	52,2
1904..	16 625	2002	12	247	1,5	37	15	126	0,8	9	7,1	298	1,8	27	9,4	108	0,6	39	36,1	1454	8,7	450	30,9	474	2,9	223	47
1905..	17 779	2066	11,6	117	0,6	6	5,1	153	0,8	24	15,7	227	1,3	21	9,2	123	0,7	31	25,2	1595	8,9	424	26,6	515	2,9	249	48,3
1906..	19 462	2179	11,2	193	0,9	18	9,3	356	1,8	43	12,1	243	1,2	19	7,8	189	0,9	52	27,5	1592	8,2	436	27,4	519	2,7	221	42,6
1907..	19 898	2207	11	170	0,8	20	11,8	172	0,9	10	5,8	244	1,2	26	10,7	128	0,6	29	22,7	1795	9	470	26,2	508	2,5	233	45,9
1908..	20 822	2324	11,2	740	3,5	46	6,2	236	1,1	13	5,5	300	1,4	55	18,3	142	0,7	29	20,4	1761	8,5	430	24,4	490	2,3	240	49
1909..	21 666	2412	11,1	998	4,6	97	9,7	190	0,9	13	6,8	865	4	145	16,6	123	0,6	34	27,6	1635	7,5	393	24	487	2,2	205	42,1
1910..	24 163	2492	10,3	493	2	25	5,1	263	1,1	13	4,9	1842	7,5	228	12,3	130	0,6	20	15,4	1599	6,6	435	27,2	575	2,4	272	47,3
1911..	27 625	2897	10,5	878	3,2	54	6,1	289	1,5	26	8,8	2729	9,9	391	14,3	169	0,6	25	14,8	1655	6	436	26,3	566	2	276	48,8
1912..	27 866	2798	10,—	717	2,6	43	6	262	0,9	6	2,3	2056	7,4	240	11,2	231	0,8	37	16	1732	6,2	457	26,4	527	1,9	279	52,9
1913..	28 742	2607	9,1	876	3	54	6,2	398	1,4	15	3,8	2062	7,2	199	9,6	182	0,6	17	9,3	1603	5,6	349	21,7	602	2,1	257	42,7
1914..	25 706	2271	8,8	752	2,9	28	3,7	296	1,1	25	8,4	1277	5	140	10,9	148	0,6	43	29,0	1316	5,1	349	26,5	863	3,3	240	27,7
1915..	23 345	2205	9,5	703	3	25	3,5	276	1,2	15	5,4	1886	8,1	219	11,6	179	0,8	49	27,4	1046	4,5	335	32	810	3,4	239	29,5
1916..	26 345	2158	8,2	522	1,9	5	0,9	396	1,5	8	2	2098	7,9	195	9,3	168	0,6	16	9,5	2164	8,2	328	15,2	1484	5,6	218	14,7
1917..	28 017	2521	9	279	1	2	0,7	284	1	1	0,4	1544	5,5	120	7,7	168	0,6	3	1,8	2841	10,1	403	14,2	1748	6,2	213	12,2
1918..	29 832	2858	10	442	1,5	17	3,8	448	1,5	17	3,8	1726	5,8	170	9,8	247	0,8	19	7,7	2702	9,1	367	13,6	1506	5	226	15
1919..	25 049	2066	8,2	342	1,3	14	4,1	166	0,6	1	0,6	845	3,3	53	6,3	143	0,6	5	3,5	3023	12,1	285	9,4	1687	6,7	209	12,4
1920..	25 177	2212	8,8	392	1,5	9	2,3	224	0,8	5	2,2	469	1,8	38	8,1	163	0,6	1	0,6	2185	8,6	198	9,1	1411	5,6	211	14,9
1921..	23 226	1878	8,1	361	1,5	5	1,4	130	0,6	1	0,8	249	1,1	17	6,8	102	0,4	—	—	1737	7,5	211	12,1	885	3,8	221	25
1922..	22 170	1887	8,5	208	0,9	9	4,3	137	0,6	—	—	185	0,8	12	9,5	119	0,5	1	0,8	1401	6,3	183	13	823	3,7	226	27,5
1923..	20 896	1779	8,5	129	0,6	1	0,8	364	1,7	8	2,2	99	0,4	4	4	90	0,4	3	3,3	1279	6,1	183	14,3	677	3,2	238	35,1
1924..	24 167	1718	7,1	106	0,4	3	2,8	117	0,5	—	—	141	0,6	6	4,3	217	0,9	—	—	1534	6,3	103	6,7	703	2,9	239	34
1925..	25 932	1785	6,9	99	0,4	1	1	266	1	1	0,4	246	0,9	7	2,8	214	0,8	4	1,9	1627	6,3	117	7,2	694	2,7	222	32
1926..	26 338	1841	7	225	0,8	3	1,3	251	0,9	4	1,6	149	0,6	8	5,4	144	0,5	6	4,2	1573	5,9	158	10	697	2,6	264	37,9
1927..	26 481	1939	7,3	380	1,4	12	3,2	235	0,9	2	0,9	158	0,6	6	3,8	107	0,4	18	16,8	1365	5,1	197	14,4	672	2,5	291	43,3

Die Zahl der Verpflegten, die Zahl der Verpflegungstage, die Kosten für den gesamten Betrieb und für den einzelnen Verpflegungstag.

	1898	1903	1908	1913	1923	1924	1925	1926	1927
Gesamtzahl der Behandelten[1]	13 102	19 696	35 132	32 731	24 381	27 637	29 124	29 455	33 327
Gesamtzahl der Krankenverpflegungstage	505 133	613 038	666 163	789 522	726 724	750 200	769 089	744 715	756 071
Gesamtzahl der internen Angestellten	184 389	230 358	243 026	253 406	153 047	159 213	153 949	157 476	157 813
Summe der Gesamtkosten der Anstalt	1 734781.—	2 265 168.20	2 806 629.81	3 470 146.76	1 286 775.90	5 653 970.—	7 221 153.40	7 492 576.82	8 366 212.06
Gesamtausgabe pro Tag und Kopf des Kranken	3,29	3,68	4,10	4,40	6,70	7,536	9,39	10,059	11,065
Durchschnittliche Behandlungsdauer pro Kopf	38,55	31,13	29,02	25,41	31,05	29,89	27,02	26.03	26,34
Durchschnittsbestand an Kranken pro Tag	1375	1643	1774	2099	1935	2002	2046	1967	2004
Höchster Bestand an Kranken pro Tag	1546	1916	1922	2228	2177	2339	2248	2352	2362
Niedrigster Bestand an Kranken pro Tag	1202	1442	1590	1804	1655	1602	1632	1565	1737

[1] Die Zahl der „Behandelten" ist um die Zahl der von einer Abteilung behufs Durchführung einer zweiten Kur auf eine andere Abteilung unmittelbar Verlegten größer als die Zahl der „Verpflegten".

Personalübersicht nach dem Stande vom 1. April 1928

1. Direktoren des Krankenhauses:

1 Ärztlicher Direktor
1 Verwaltungsdirektor

2. Ärzte und Apotheker:

18 leitende Oberärzte (davon 12 gleichzeitig Direktoren der jeweils angeschlossenen Universitäts-Kliniken)
1 Wissenschaftlicher Rat
1 Oberapotheker
2 Lehrer der Krankenpflegeschule
15 Sekundärärzte
1 Sekundärapotheker
51 Assistenzärzte
1 Zahnarzt im Ambulatorium
3 Wissenschaftl. Assistenten
2 Chemiker
3 Zahnärzte
6 Apotheker
4 abkommandierte Militärärzte

3. Beamte und Angestellte:

2 Verwaltungs-Oberinspektoren
3 Verwaltungsinspektoren
11 Verwaltungsobersekretäre
2 Verwaltungssekretäre
3 a. p. Verwaltungssekretäre
47 Bureauangestellte
1 Einkassierer
2 Stenotypistinnen
4 Amtsgehilfen
2 Techn. Oberinspektoren
1 Maschinenbetriebsleiter
1 Gartenmeister
1 Maschinist
1 Bautechniker
1 Elektriker
1 Betriebsinspektor
3 Betriebsobersekretäre
5 Betriebssekretäre
3 Betriebsassistenten
1 Anatomischer Zeichner
1 Präparator
1 Technischer Hilfsarbeiter
30 Techn. Hilfsarbeiterinnen
1 Zahntechniker
4 Fernsprechgehilfen
9 Torwarte
2 Stationsschreiber im Arb.-Verhältnis

4. Pflegepersonen:

1 Leitende Oberschwester
59 Oberschwestern
196 Schwestern
80 Schülerinnen
27 Oberpfleger (davon 3 Künd.-Beamte)
7 Oberpflegerinnen
105 Pfleger
274 Pflegerinnen
5 Masseure
1 Heilgymnast
165 Stationsmädchen im Pflegedienst

5. Küche u. Lagerverwaltung:

2 Küchenvorsteher
1 Erste Köchin
3 Verwaltergehilfen
7 Köchinnen
1 Magazingehilfe
} Tarifangestellte
23 Küchenarbeiter
4 Lagerarbeiter
1 Schlachter
40 Küchenarbeiterinnen

6. Waschhaus und Desinfektionshaus:

1 Waschmeister (Tarifangestellter)
2 Feinplätterinnen
3 Desinfektionshelfer
12 Weißnäherinnen und Zuschneiderinnen
6 Plätterinnen
55 Wäscherinnen
24 Näherinnen
19 Wäscher
3 Desinfektionsarbeiter

7. Handwerker:

1 Steindruckermeister (Tarifangestellter).
2 Buchbinder
1 Schuhmacher
8 Tapezierer
4 Hohlschleifer
4 Schlosser
1 Schmied
8 Heizungsfachmonteure
13 Maschinenschlosser
1 Dreher
3 Klempner
3 Dachdecker
10 Mechaniker
10 Maurer
2 Steinsetzer und Pflasterer
7 Zimmerer
8 Tischler
8 Maler
19 Elektromonteure
20 geprüfte Heizer
6 Maschinenwärter
13 Kohlenbunkerer
31 Heizer am Niederdruck
23 Handwerkerhelfer
22 Handwerkerarbeitsleute

8. Gärtnerei:

5 Gärtner
6 Gärtnerstellvertreter
15 Gartenarbeiter

9. Sonstiges Arbeitspersonal:

1 Oberdienerin
4 Apothekenwärter
2 Apothekenarbeiter
67 Hausarbeiter
16 Wächter
79 Arbeitsfrauen
3 Ammen
6 Scheuerfrauen

Die Kosten des Verpflegungstages.

Es sind jeweils die absoluten Ausgaben auf dem betreffenden Ansatz dividiert durch die Gesamtzahl der in dem Jahre geleisteten Krankenverpflegungstage. Man erkennt also, welche Ausgaben aus dem einzelnen Ansatz pro Tag dem einzelnen Patienten zur Last zu legen wären. Für die ersten Jahre ist der Einfachheit halber nur das Ergebnis der Division aufgeführt. Für die Jahre 1926 und 1927 sind auch die absoluten Zahlen eingesetzt; sie lassen die Beträchtlichkeit des Verwaltungsbetriebes hervortreten.

	1898	1903	1908	1913	1923	1924	1925	1926 Ausgabe	1926	1927 Ausgabe	1927
Besoldung der Beamten	0,3184	0,3516	0,3950	0,4328	0,1560	0,234	0,268	204418.60	0,274	230582.02	0,305
Ruhegehälter	0,0080	0,0114	0,0284	0,0087	0,0371	0,060	0,077	66802.88	0,090	74174.20	0,098
Wartegeldempfänger	—	—	—	—	0,0023	0,009	0,011	8253.28	0,011	7347.45	0.009
Hinterbliebenengelder	—	—	—	—	—	0,021	0.025	20638.51	0,028	24171.50	0,032
Unterstützungen	—	—	—	—	0,0024	0,004	0,006	10110.—	0,014	10670.—	0,014
Einmalige Unterstützungen gemäß Senatsbeschluß vom 27. Juli 1927	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8880.—	0,012
Besoldung der Kündigungsbeamten	—	—	—	—	0,0094	0,012	0,012	8970.89	0,012	9907.66	0,013
Zeitweilig Angestellte	}	}	}	}	0,2880	0,448	0,523	466054.87	0,626	85105.48	0,113
Besoldung der Nichtfestangestellten	0,4232	0,6645	0,5817	0,7783	0,8667	1,143	1,522	1304725.90	1,753	2017645.13	2,668
Löhne	}	}	}	}	0,8808	1,226	1,720	1454597.79	1,954	1697826.06	2,250
Versicherungsbeiträge	0,0152	0,0164	0,0136	0,0189	0,1170	0,085	—	—	—	—	—
Zahlungen an den Schwesternverein	0,0293	0,0293	0,2236	0,2240	0,5276	0,535	0,764	637906.08	0,856	709852.63	0,939
Bekleidung a) Dienstkleidung	0,0396	0,0395	0,0466	0,0431	0,0484	} 0,133	0,161	} 156228.99	0,103	} 130867.81	} 0,173
b) für Kranke	0,0140	0,0355	0,0365	0,0268	0,0325	}	0,107	}	0,106	}	}
Fahrkosten, Zehrkosten, Dienstreisen	0,0194	0,0196	0,0198	0,0209	0,0151	0,012	0,013	11185.05	0,015	12098.55	0,016
Sonstige Ausgaben	0,0153	0,0229	0,0278	0,0327	0,0842	0,043	0,065	54697.51	0,073	50784.28	0,067
Bücherei	0,0114	0,0098	0,0090	—	0,0145	0,011	0,018	14792.85	0,019	13993.30	0,017
Wasserversorgung, Heizung und Beleuchtung	0,3277	0,3785	0,4618 / 0,0521	0,4677	0,8264	0,773	0,616	472966.38	0,635	465860.97	0,616
Unterhaltung der Gebäude und Gärten	0,1427	0,1122	0,1358	0,1936	0,4556	0,515	0,635	519109.08	0,697	488611.13	0,646
Wirtschaftsbedarf, Reinigung und Desinfektionsmittel	0,1949	0,1627	—	—	0,9507	0,462	0,589	337123.09	0,453	375178.38	0,496
Nahrungsmittel	1,3811	1,4042	1,4876	1,4472	1,4308	1,566	1,830	1360915.63	1,827	1495085.08	1,977
Gegenstände für den ärztlichen und wissenschaftlichen Bedarf	0,3235	0,3906	0,3799	0,4774	0,3868	0,624	0,822	712639.01	0,956	781015.09	1,033
Beförderungsmittel und Beerdigungskosten	0,0282	0,0343	0,0281	0,0287	0,0135	0,018	0,024	12487.04	0,017	17043.75	0,022
Instandhaltung und Ergänzung des Hausrats	—	—	0,1736	0,1944	0,0095	0,009	0,089	59479.44	0,080	63396.62	0,083
Zusammen	3,2919	3,6830	4,1009	4,3952	7,1553	7,943	9,899	7894662.88	10,599	8769537.09	11,599
Lieferung von Verpflegung usw. an Beamte, Angestellte und Arbeiter	—	—	—	—	0,4537	0,407	0,509	401906.06	0,540	403700.—	0,534
Insgesamt	3,2919	3,6830	4,1009	4,3952	6,7016	7,536	9,390	7492756.82	10,059	8365837.09	11,065

Aufwendungen für Ärzte im Jahre 1927

(1. April 1927 bis 31. März 1928).

Diese Aufwendungen sind in der obigen Tabelle über verschiedene Rubriken verteilt.

Aus Ansatz 17	Rm.	44829.60
Aus Ansatz 24 Oberärzte	„	85105,48
Aus Ansatz 25 Assistenzärzte	„	458662,33
Dazu freie Station für die Zeit vom 1. Okt. 1927 bis 31. März 1928 (infolge der neuen Tarifordnung)	„	44160.—
Übertrag	Rm.	632757.41
Übertrag	Rm.	632757.41
46 Medizinalpraktikanten, die kein Gehalt, aber Verpflegung bekommen, vom 1. Oktober 1927 bis 31. März 1928	„	29256.—
Insgesamt	Rm.	662013.41

Die Zahl der Krankenverpflegungstage im Rechnungsjahr 1927 stellte sich auf 756071.

Die Ausgabe an Ärztegehalt für den Kopf und Tag eines Kranken stellt sich demnach auf Rm. 0.87.

Radioanlage im Garten vor einem Tuberkulose-Pavillon



Patienten in einem Birkenwäldchen



Das orthopädische Ambulatorium



Blick vom Dach des Operationshauses über die zentrale Gartenanlage mit dem Lenhartz-Denkmal. Im Hintergrund das Badehaus

EPPENDORF ALS GARTENKRANKENHAUS.

Vielfältig diskutiert wird die Frage, welche *Bauart* einem Krankenhaus zu geben sei. Fehlerhafterweise sucht man diese Frage *generell* zu beantworten, statt sich der Tatsache bewußt zu sein, *daß das Problem verschiedenartig zu lösen ist,* je nach den räumlichen Möglichkeiten und den jeweiligen Bedürfnissen.

Die modernen *Hochbauten,* die sog. „Mammut-Krankenhäuser", mit ihren 10 bis 20 Etagen kommen praktisch nur dort in Frage, wo der Baugrund beschränkt ist. Bei allen Vorzügen, die dem Hochbau unter diesen Bedingungen zukommen, sind doch die Mängel so stark, daß man auf die Dauer wohl nur der Not folgend zu diesem Bausystem greifen sollte. Die unzureichende Belichtung und Belüftung, die Unmöglichkeit, das einmal Geformte neu aufkommenden Bedürfnissen anzupassen, der sich notwendigerweise einstellende Schematismus, der den Bedürfnissen der einzelnen Kliniken nicht voll entsprechen kann, u. a. m. werden stets zu Bedenken Veranlassung geben. Wohl aber werden im Zentrum der Großstädte auf engem Grunde Krankenhäuser in entsprechender Bauart nötig bleiben.

Im allgemeinen aber wird es stets unser Bestreben bleiben müssen, die Kranken *aus dem Trubel und Lärm der Stadt heraus auf geräumiges Gelände zu bringen.* In weitestem Maße wird es hierbei von den subjektiven Anschauungen abhängen, ob man *zwei- und dreietagige Gebäude* oder *einetagige Pavillons* empfehlen soll. Beide Bauarten haben ihre Vorzüge.

Das Eppendorfer Krankenhaus stellt vielleicht in klarster Form den Typus eines im Pavillon-System erbauten Krankenhauses dar. Es gestaltete sich im Lauf der Jahrzehnte das Gelände zu einem *Park. Den Kranken wird dieser Park zum Heilmittel* und zum erfrischenden Genuß. Über die Rampen der Pavillons sind die Betten und Krankenbahren auf leicht unterzuschiebenden Fahrgestellen mit größter Leichtigkeit in das Freie zu schaffen.

So zeigen denn die Abbildungen, wie an sonnigen Tagen die Patienten in großer Zahl im Freien liegen, wie die Gehfähigen in den Anlagen spazieren gehen und wie trotz einer tatsächlichen Belegzahl von zeitweise etwa 2400 Patienten doch nie das Gefühl aufkommt, in einem großen, mit vielen Patienten besetzten Hause zu liegen.

Jeweils zwischen den einzelnen Pavillons sind durch Buchenhecken oder sonstige Anlagen in wechselvollster Form lauschige Plätze abgegrenzt, die den Patienten gestatten, mit den Mitkranken ihres Pavillons im Freien zu liegen und doch von Vorbeikommenden unbeachtet und ungestört zu bleiben.

Beste *Transporteinrichtungen* und eine sorgsame *Pflege der Verbindungsstraßen* bewirken ein bequemes und sicheres Verbringen der Patienten über das freie Gelände selbst zur Winter- und Regenzeit; sie sorgen auch dafür, daß das Essen mit größter Beschleunigung und damit warm und schmackhaft den Patientengruppen zugeführt werden kann.

Es ist Sache der planmäßigen gedanklichen Durcharbeitung, eine solche Anlage so in Benutzung zu bringen, daß schädigende Nebenwirkungen dem Pavillonsystem nicht anhaften. Auch eine Verteuerung des Betriebes findet durch dieses System nicht statt, abgesehen von der größeren Zahl der Gärtner und der Essen- und Patiententräger. Diese geringe Belastung ist in den Kauf zu nehmen. Ihr stehen beträchtliche Vorteile gegenüber, die das Pavillonsystem in seiner billigen Bauart bietet.

So sei denn auch diese Gartenanlage, die eine der wesentlichsten Besonderheiten Eppendorfs ausmacht, geschildert.

GARTEN.

Betritt man das Krankenhaus durch den Haupteingang im Verwaltungsgebäude, so fällt der Blick auf das von grünen und blühenden Schlingpflanzen berankte Operationshaus, während rechts und links zwei herrliche Blutbuchen (Fagus sylvatica atropurpurea) den Eingang flankieren. Vor dem Operationshaus steht das Denkmal von Prof. Dr. Curschmann, dem Erbauer des Krankenhauses. Den Hintergrund für dieses Denkmal bildet eine drei Meter hohe Taxushecke, von der sich das in Stein gearbeitete Denkmal sehr wirkungsvoll abhebt. Zu beiden Seiten sind Koniferengruppen gepflanzt, zwischen denen sich als Seltenheit zwei Ceder atlantica glauca und eine ungefähr sieben Meter hohe japanische Schirmtanne (Sciadopitys verticillata) befinden. Auf der Rasenfläche vor dem Denkmal sind, der jeweiligen Jahreszeit entsprechend, Blumenbeete angelegt.

Sieht man nach rechts, so blickt man eine 200 Meter lange Kastanienallee entlang, die nach Pavillon 7 b führt, und nach links hat man einen ähnlichen Blick. Diese Allee führt an Pavillon 2, 4, 6 vorbei nach dem Wohnhause des ärztlichen Direktors. Diese Wege werden von den Patienten sehr viel begangen. Im Frühjahr in den Morgenstunden erfreut hier besonders der Gesang und das Gezwitscher der sich hier zahlreich aufhaltenden Vögel. An der Südseite der rechtsseitigen Kastanienallee liegt in einem größeren Garten der Pavillon für Nasen-, Hals- und Ohrenkranke. Dieser, vor einigen Jahren neu angelegte Garten ist von der Nord- und Westseite von einer drei Meter hohen Buchenhecke und an der Südseite von einem Eisengitter, vor dem einige Birken stehen, begrenzt. Auf dem Rasen stehen einige Gruppen alter, knorriger Eichen, unter denen im Frühjahr die Krokusse und Narzissen blühen. Vor dem Pavillon nach Süden stehen Rhododendren. Vor der Ostseite hochstämmige Syringen, Viburnum und Prunus triloba. Daneben ist eine Rabatte mit Staudenphlox gepflanzt. An der Westseite des Gartens ist eine Trockenmauer mit alpinen Pflanzen, und dahinter stehen hochstämmige Rosen. An der Nordseite ist eine zwei Meter breite Böschung mit verschiedenartigen Stauden. Der in roten Backsteinen aufgeführte Pavillon mit weiß gestrichenen Fensterrahmen liegt etwas erhöht und ist von Loniceren, Clematis, Schlingrosen und wildem Wein berankt. Die Gärten an der Martinistraße machen auf die Vorübergehenden und diejenigen, die das Krankenhaus betreten, einen freundlichen Eindruck. Beim orthopädischen Pavillon wird Wert auf Blumenschmuck gelegt. Außerdem ist für diese Patienten im Jahre 1927 ein Luft- und Sonnenbad angelegt.



Augenklinik



Innenhof des Schwesternhauses



Die Epidemie-Baracken, in denen auch die Hautklinik untergebracht ist



Überblick über die Gartenanlage in Richtung des Schwesternhauses

Vor den Pavillons 1 und 2 befinden sich Rasenflächen mit Koniferengruppen. Bei Pavillon 2 steht eine zirka zwölf Meter hohe Fagus sylvatica pendula, daneben eine Gingo biloba, eine Konifere, die im Winter ihr Laub verliert. Diese Pflanze ist insofern interessant, da sie den Übergang zwischen Konifere und Laubbaum bildet. Außerdem steht hier eine eigenartig gewachsene Ulmus montana pendula. Bei Pavillon 4 steht eine drei bis vier Meter hohe Aralia chinensis manschurica, die Blätter sind gefiedert und etwa einen Meter lang, die Blütenrispen sind groß, gelblichweiß und erscheinen im August.

Geht man links oder rechts am Operationshaus vorbei, so betritt man die Mittelachse, den Hauptschmuckplatz der Anstalt. Letzterer ist von Alleebäumen und darunter gepflanztem Rhododendron umrahmt. Davor stehen, um dem Ganzen einen lebhafteren Ton zu geben, der Jahreszeit entsprechend, Frühjahrs-, Sommer- oder Herbstblumen. In der Mitte ist ein Blumenparterre, im Hintergrund eine Blutbuche (Fagus sylvatica atropurpurea), davor das Denkmal von Prof. Dr. Lenhartz, in Bronze ausgeführt.

Am Badehause vorbei zwischen Pavillon 38 und 43 und an der Ost- und Westseite vom Klinischen Hörsaal befindet sich eine kleine Waldpartie. Kleine Birkenhaine sind auch noch vorhanden bei Pavillon 28 und 41.

Dem Verkehr dienen vier Längs- und sieben Querstraßen. Die Straßen haben auf der einen Seite einen mit Platten belegten Fußweg und auf der anderen Seite einen Sommerweg. Bepflanzt sind sämtliche Querstraßen an der Nordseite mit Alleebäumen. Diese Bäume sind in den letzten Jahren so ausgelichtet, daß sie einen Abstand von 16 bis 18 Meter haben, um ein Durchlassen von Licht, Luft und Sonne zu ermöglichen. Als Alleebäume sind Ahorn, Kastanien, Ulmen, Linden, Birken, Rotdorn und Ebereschen verwandt.

An der Tagesraumseite, am Südende der Pavillons, befindet sich ein vier Meter breiter Fußweg und ein acht Meter breiter Rasenstreifen. Dieser ist nach dem Hause zu durch eine etwa 60 Zentimeter hohe Hecke abgeschlossen. Um diesem Rasenstreifen ein farbenfrohes Bild zu geben, sind Tausende von Blumenzwiebeln, Frühjahrs- und Sommerblumen, Azaleen, Rhododendron und Rosen in Gruppen und Beeten darauf gepflanzt. Um die an der Südseite der Pavillons in Liegestühlen bzw. Betten sich aufhaltenden Patienten vor nördlichen Winden zu schützen, sind zwischen den Gebäuden an der Nordseite des Weges aus Taxus, Ilex und Rotbuchen Schutzhecken angepflanzt. Taxus und Ilex sind als Heckenpflanzen bevorzugt, da sie mit ihrer dauernden Belaubung zu jeder Jahreszeit Schutz bieten. Diesen Anforderungen entspricht auch ungefähr die Rotbuche, denn wenn auch das Laub im Herbst trocken wird, so hält es sich doch an den Zweigen, bis die neuen Blätter hervorbrechen. Durch den bedeutend niedrigeren Anschaffungspreis der Buchen sind dieselben, selbst bei doppelter Reihenpflanzung, die nötig ist, um den gleichen Schutz zu erzielen, immer noch billiger als die immergrünen Pflanzen.

Luft- und Sonnenbäder sind in den letzten Jahren angelegt bei Pavillon 7 für chirurgisch kranke Knaben, bei Pavillon 7 b und 36 für nervenkranke Männer und Frauen, bei Pavillon 12 und 16 für chirurgisch kranke Frauen und Kinder. Die Sonnenbäder sind teilweise als schattige, halbschattige und sonnige Abteilungen angelegt. Zuerst kommen die Kranken in die schattige Abteilung, damit sie sich allmählich an die Luft und Sonnenstrahlen gewöhnen. Umgeben sind die Sonnenbäder mit einer doppelreihig gepflanzten 2½ Meter hohen Buchenhecke (Fagus sylvatica). Die bei jedem Pavillon befindlichen etwa 60 Quadratmeter großen Lauben sind ebenfalls mit einer 2½ Meter hohen Buchenhecke umgeben, in die bei günstigem Wetter die Kranken direkt vom Krankensaal mit den Betten gefahren werden.

Bei den Kinderstationen sind Spielplätze angelegt mit Sandkisten, Schaukeln, Sitzbänken usw., wie z. B. bei Pavillon 24 und 16.

Die Grünflächen zwischen den einzelnen Pavillons sind gärtnerisch verschieden gestaltet. Zwischen Pavillon 32 und 34 als Staudengarten, zwischen 37 und 39 als Rosengarten, zwischen 29 und 31 als Heidelandschaft, bei Pavillon 59 ist der Garten größtenteils mit Blütensträuchern bepflanzt, zwischen 27 und 29 ist ein Sommerblumengarten. Bei Pavillon 26 steht auf einem erhöhten, von Klinkerstufen eingefaßten Platz eine Roteiche (Quercus rubra), von einer sechseckig gepflanzten Rhododendrongruppe umrahmt.

Zwischen Pavillon 23 und 25 wirkt der Garten besonders durch die auf den Rasenflächen verteilten Bäume mit den starken Stämmen und Kronen und den im Frühjahr erscheinenden vielen blühenden Narzissen. Sehr stimmungsvoll ist die robust gewachsene Silberpappel (Populus alba nivea) bei Pavillon 33. Verstärkt wird diese Wirkung durch die in ihrer Nähe wachsenden kriechenden Juniperus sabina und andre Einzelpflanzen. Zwischen Pavillon 10 und 12 befindet sich eine aus niedrigen, halb- und hochstämmigen Rosen zusammengestellte Gruppe. Sieht man darüber hinweg, so erblickt man zwischen einigen knorrigen Akazien im Frühjahr eine Gruppe Doronicum caucasicum magnificum, einen Zierapfel (Malus floribunda) und kurz vor der Rosenblüte einige Azalea pontica. Außerdem ist da ein Tulpenbaum (Liriodendron tulipifera), dessen Blätter aussehen, als wären von ihnen die Spitzen mit der Schere abgeschnitten. Zwischen Pavillon 14 und 16 steht eine sehr große amerikanische Silberlinde (Tilia argentea hybrida).

Auf der Infektionsabteilung liegt jeder Pavillon in einem Garten, der mit einem Schutzgitter eingefriedigt ist, außerhalb der Schutzgitter ist immer eine 1½ Meter hohe lebende Hecke gepflanzt, so daß die Patienten nicht mit außenstehenden Personen in Berührung kommen können. Bei Pavillon 60 befindet sich eine durch ihren Wuchs auffallende Balsampappel (Populus Balsamifera).

Der Kapellenhof ist mit einer von Efeu berankten Mauer umgeben. Rechts und links vom Eingang zur Kapelle sind Rasenplätze. Auf der Fläche rechts steht eine Hängebuche in der Mitte des Rasens und in den Ecken vier Kugelbuxbäume. Eingefaßt ist der Rasen mit Berberis buxifolia nana. Die Rasenfläche links ist mit Rosenrabatten und dazwischen stehendem hochstämmigen Kugelbuxbaum bepflanzt. Der ganze Hof ist eingerahmt von einer Rosenrabatte, worauf die neuere Polyantha-Rose (Rödhätte), etwa 1600 Stück, gepflanzt ist. Diese Sorte blüht ununterbrochen von Juni bis zum Herbst, bis der Frost dem Blütenflor ein Ende bereitet. Die Kapelle selbst ist mit Schlingpflanzen berankt.

An seltenen Pflanzen stehen bei der Augenklinik eine etwa sieben Meter hohe Baumhasel (Corylus culorna), im Garten des ärztlichen Direktors eine Flügelnuß (Pterocarya caucasica) und eine Sumpfzypresse (Taxodium distichum), bei Pavillon 4 eine geschlitztblättrige Erle (Alnus incana laciniata) und eine schöne Hängebirke (Betula alba verucosa). Auf der Mittelachse stehen zwei Gewürzsträucher (Calicanthus floridus) mit braunen, schön duftenden Blüten.

Im allgemeinen werden die auf das ganze Anstaltsgelände verteilten Blumenbeete und Rabatten dreimal im Jahr mit den Jahreszeiten entsprechenden Blumen bepflanzt.

Die Vogelwelt findet überall reichlich Nistgelegenheit in den Schutz- und Einfriedigungshecken, dornigen Sträuchern und Bäumen. Für die Höhlen- und Halbhöhlenbrüter sind die Berlepschen Nistkasten angebracht. Auch wird für die Fütterung der Vögel gesorgt, indem Futterglocken, Futterhäuschen und Trinkstätten angebracht sind.

Im Sommer werden die Krankensäle durchweg zweimal wöchentlich mit Schnittblumen beliefert, im Winter, soweit der Vorrat reicht, mit Topfpflanzen. Es werden auf dem Gelände jährlich ungefähr 25000 Frühjahrsblumen, 30000 Topfpflanzen für die Sommerbepflanzung und 7000 Pflanzen für den Herbst benötigt. Außerdem werden für die Krankenräume etwa 2000 Hortensien, 4000 Chrysanthemen, 4000 Gloxinien, 3000 Cyclamen und 1000 grüne Pflanzen kultiviert.

Um diese Blumenmassen heranzuziehen, stehen drei Gewächshäuser von 23 Meter Länge und vier Meter Breite und 300 Mistbeetfenster 1 : 2 Meter zur Verfügung, außerdem ein Anzuchtgarten von etwa 5000 Quadratmeter für Stauden, Dahlien, Sommer- und sonstige Schnittblumen. Auch ist eine kleine Baumschule vorhanden für Jungpflanzen zur Weiterkultur und für einige Reservepflanzen. 2000 Quadratmeter Land ist aufgepflanzt mit Rosen für Schnittzwecke.

An Flächeninhalt entfallen auf Grünanlagen	103 000 qm
auf Straßen, Plätze und Fußwege	107 000 qm
auf Gebäude	54 000 qm
Gesamtflächeninhalt	264 000 qm



Eine Seitenstraße mit Patienten, die vor den Pavillons liegen

Zum Schluß seien einige *Besonderheiten der Arbeitsweise hervorgehoben, insoweit dieselben den Krankenhausbetrieb betreffen.*

Über die sehr vielfältigen wissenschaftlichen Tendenzen und Besonderheiten in Forschung und Lehre, die aus dem *Universitätsbetriebe* resultieren, kann an dieser Stelle nicht referiert werden. Es sei für diese letzteren Gesichtspunkte auf den zur Naturforscherversammlung erscheinenden Bericht in der Klinischen Wochenschrift sowie auf die Werbeschrift verwiesen.

Unter den vielen organisatorischen Maßnahmen, die *Heinrich Curschmann* bei Gründung des Eppendorfer Krankenhauses durchführte, sei besonders der *Aufnahmebetrieb* hervorgehoben, da es sich hierbei nicht um das übliche Aufnehmen und Verteilen, sondern in entscheidendster Weise um das Einsetzen *der sofortigen Frühbehandlung* der in das Krankenhaus eingelieferten Patienten handelt.

Groß ist der Vorteil für die neu eintretenden Kranken, die durch dieses Verfahren gegen unbeabsichtigte Vernachlässigung geschützt sind, die in den ersten Stunden nach der Einlieferung in großen Krankenhausbetrieben erfahrungsgemäß gar zu leicht vorkommen kann.

Für *Patienten I. und II. Klasse* steht nur eine sehr beschränkte Anzahl von Zimmern in den sog. Kostgängerhäusern zur Verfügung.

Zu einer für das Eppendorfer Krankenhaus charakteristischen Arbeitsweise hat sich im Laufe der Jahre das *Küchenwesen* gestaltet. Die gewichtige Beschaffung der üblichen Verpflegungsgrundformen und der sog. *festen* Kost- und Diätformen ist der *Verwaltungsdirektion* in dem *Zentralküchenbetriebe* vorbehalten. Dagegen ist in zweckmäßigster Zusammenarbeit der ärztlichen Direktion mit der Verwaltung die *spezielle diätetische Therapie* und die *streng individualisierte Einzelernährung* einer unter ärztlichem Einfluß stehenden *Diätküche* übertragen worden. Hierfür waren die im Jahre 1906 in Marburg erarbeiteten Grundsätze richtunggebend. Es sei auf die einschlägigen Publikationen und auf die beifolgenden Pläne und Abbildungen verwiesen.

Durch Beschluß der Gesundheitsbehörde sind am 1. April 1928 neue „Speisebestimmungen für die Verpflegung in den hamburgischen staatlichen Krankenanstalten“ in Kraft gesetzt worden.

Beibehalten sind die Hauptkostformen: Form I, flüssige Kost für fiebernde und Verdauungskranke sowie für Operierte usw., Form II, ausreichende Kost für Kranke, die leichte, aber feste Kost genießen sollen, und Form III, ausreichende Kost für alle übrigen Kranken. Besonders gestaltet sind die Kostformen für Kleinkinder (2—5 Jahre), Kinder (5—15 Jahre) und Wöchnerinnen. Die Verpflegungsvorschriften für Tuberkulöse sind in eine eigene Form gebracht und diese Kranken reicher (besonders mit Butter und Milch) bedacht worden.

Die Verabfolgung von frischem Gemüse und Obst ist, besonders an Kinder, in viel stärkerem Maße als bisher vorgesehen. Die Möglichkeiten, Kostzusätze zur I. Form zu geben, sind reicher ausgestaltet, doch sind für diese und die zur II. und III. Form zugelassenen „Extraverordnungen“ stärkere Kon-

trollen durch die Oberärzte, den Ärztlichen Direktor und den Verwaltungsdirektor eingerichtet, die nur das wirklich Notwendige anzufordern gestatten.

Den Umfang des Eppendorfer Verpflegungsbetriebes mögen einige kurze Angaben veranschaulichen. Es sind täglich durchschnittlich etwa 2100 Kranke und 500 Angestellte voll zu verpflegen. Die Zahl der Verpflegungstage hat im Rechnungsjahr 1927/28 betragen: für Kranke 756 071, für Angestellte 177 605 Tage. Für Nahrungsmittel sind im selben Jahre rund Rm. 1 500 000.— aufgewendet. Es sind zwei Hauptküchen, eine sog. Bratküche und eine sog. Dampfküche vorhanden, in denen 25 männliche und 23 weibliche Angestellte, außer 42 Gemüseputzerinnen beschäftigt werden.

Das Verpflegungswesen gehört gleich dem Ökonomiebureau, der Magazinverwaltung, dem Waschhause, der Desinfektionsanstalt, der Tapezierer- und der Schuhmacherwerkstatt sowie der Fuhrhaltung zum Aufgabenkreis der Anstaltsökonomie, die unter der Aufsicht des Verwaltungsdirektors von einem Verwaltungsoberinspektor geleitet wird und etwa 250 Leute beschäftigt.

Der *eigentliche Diätküchenbetrieb* ist vom Zentralküchenbetrieb abgetrennt und zu einer Diätabteilung mit Diätküche zusammengefaßt.

Die Zentralverwaltung beliefert die Diätküche mit Rohstoffen. Die Anforderung geschieht etwa in dem Sinne, wie der Privathaushalt von seinen Lieferanten die verschiedenartigsten Nahrungsmittel bestellt. Dabei ist pro Kopf und Verpflegungstag der Betrag von Rm. 2.30, ausnahmsweise Rm. 2.50 als Maximum für diese Beschaffung der Nahrungsmittel festgesetzt. Wie die Tabellen zeigen, ist aber zumeist wesentlich billiger gewirtschaftet worden.

Abgesehen von dieser Belieferung ist der gesamte weitere Küchenbetrieb, die Entscheidung über die Verteilung der Nahrungsmittel auf die einzelnen Patienten rein ärztliche Angelegenheit. Die Diätküche ist von der Direktorial-Abteilung (medizinische Universitätsklinik) für ihre eigenen Patienten eingerichtet, wird aber auch dem ganzen Krankenhause auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Es können somit *alle* Klinikvorstände für alle *individuell* zu ernährenden Patienten eine entsprechend zubereitete Nahrung erhalten. Diese Arbeitsweise entspricht nicht nur dem Organisationsplan des Krankenhauses, sondern ist auch selbstverständlich nötig, da es ja völlig unmöglich ist, den verschiedenen Kliniken getrennte Diätküchen zur Verfügung zu stellen.

So erfüllt denn die Eppendorfer Diätküche in erster Linie die *reinen praktischen Krankenhausaufgaben.* Daneben hat sie es aber übernommen, das



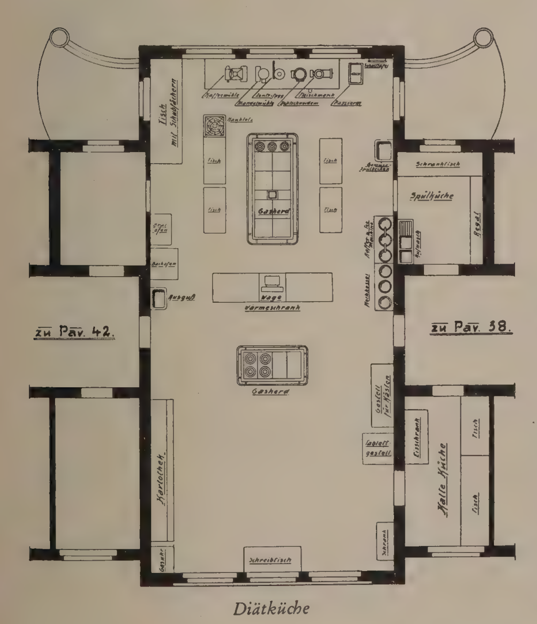
Diätabteilung mit der Diätküche und den Speziallaboratorien

Diätküchenwesen praktisch und wissenschaftlich weiter auszugestalten und die aufkommenden Fragen in allen Einzelheiten sowohl vom ärztlichen Standpunkt am Krankenbett wie vom verwaltungs- und kochtechnischen Standpunkt aus weiterzubilden.

Wie aus dem *Plan* ersichtlich, besteht die Diätabteilung aus je einer Männer- und Frauenstation, den Laboratorien und dem Diätküchenraum. Dieser ist im Plan dargestellt und auch aus den Photographien zu erkennen.

Die Kocharbeit wird in der Diätküche von Schwestern ausgeführt, die als Köchinnen auch in der feinen Küche perfekt ausgebildet sind. Grundsatz war, auf der Basis allerbester Kochkenntnis nicht nur praktisch und diätetisch *richtig zu kochen*, sondern vor allem auch *sparsamst zu wirtschaften*. Die Mißerfolge, die bekanntermaßen vielenortes die Diätküchen zu verzeichnen hatten, beruhen gutenteils darauf, daß die Organisation nicht bis in das kleinste Detail folgerichtig durchgeführt wurde und daß das Personal nicht in jeder Hinsicht erstklassig durchgebildet war.

Alle sog. festen Kost- und Diätformen müssen in der Zentralküche verbleiben. Als Beispiel sei erwähnt, daß wir die sog. Gerson-Diät nach entsprechenden Vorstudien zunächst in der Diätküche sorgfältig durcharbeiteten und für einen ganzen Monat einen für jeden Tag anders gestalteten Speiseplan herstellten. In Beratung mit der Verwaltung



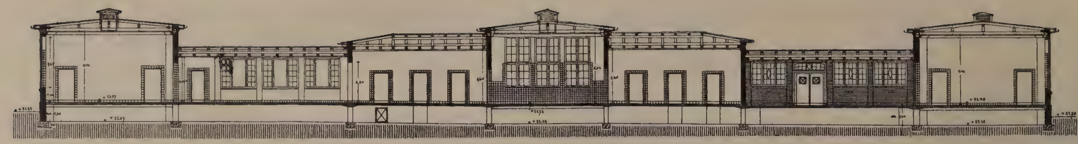
Diätküche

Kosten der Diät-Küche

Monat	Verpflegungstage	Insgesamt Rm.	Kosten pro Kopf und Tag Rm.
1924 September (11.—30.)	217	360,20	1,66
Oktober	519	740,95	1,41
November	541	795,45	1,48
Dezember	629	1126,59	1,79
1925 Januar	1057	1722,14	1,63
Februar	1144	1885,98	1,65
März	1209	2257,91	1,86
April	1271	2483,37	1,94
Mai	1399	3244,92	2,32
Juni	1073	1905,39	1,77
Juli	1332	2937,49	2,20
August	1338	3175,78	2,37
September	1415	4129,74	2,91
Oktober	1630	3445,73	2,11
November	1517	2969,47	1,97
Dezember	1712	3299,46	1,93
1926 Januar	1569	3061,59	1,95
Februar	1606	3216,37	2,00
März	1644	3599,98	2,19
April	1656	3884,39	2,34
Mai	1578	3951,00	2,50
Juni	1579	3368,50	2,13
Juli	1903	3966,43	2,09
August	1675	3769,90	2,25
September	1341	2826,58	2,11
Oktober	1417	3259,70	2,30
November	1803	4230,77	2,34½
Dezember	1921	4353,37	2,26¾
1927 Januar	2130	4834,77	2,27
Februar	2321	4725,15	2,03
März	2720	5538,12	2,03
April	2152	4713,72	2,19
Mai	2168	4731,28	2,18
Juni	2250	4486,40	1,99
Juli	2446	5288,23	2,16
August	2500	5576,63	2,23
September	2308	5160,80	2,23
Oktober	2224	5167,41	2,33
November	—	4686,83	2,08
Dezember	2203	4824,33	2,19
1928 Januar	2782	5499,64	1,98
Februar	3057	5829,26	1,90
März	2932	6381,38	2,16
April	2105	4495,95	2,13

wurde dieser Speiseplan für die verschiedenen Monate und vom wirtschaftlichen Standpunkt aus durchgearbeitet und nunmehr als sog. feste Kostform der Zentralküche übergeben. Es ist überflüssig, Diätformen, die für eine größere Serie von Patienten einheitlich geeignet sind, in einer abgegrenzten Diätküche herzustellen. Sobald aber eine Individualisierung in diesen Kostformen nötig wird, mögen sie wieder der Diätküche zugeführt werden.

Selbstverständlich hat eine derartige Stoffwechselabteilung und Diätküche *auch Aufgaben für den Unterricht* zu übernehmen. So werden denn hier Kurse für Ärzte, Schwestern, Studenten usw. abgehalten. Aber in diesem Lehrbetrieb liegt nicht das



Schnitt durch die Diätabteilung und Diätküche

Neuartige und Gewichtige der Einrichtung, sondern vielmehr in der geschilderten Arbeitsweise.

Des besonderen Studiums wert sind die umfassenden Einrichtungen, die in dem *Gebäude der theoretischen Institute* getroffen werden konnten. Eine weitgehende Ausgestaltung erfuhren die *Augenklinik*, das *Operationshaus* und die *Frauenklinik*. Mit beträchtlichem Erfolge und nur unter den größten Mühen gelang es, die *Hautklinik* weiter auszugestalten. Der *Ohrenklinik* konnte ein Laboratoriumsbau im Anschluß an Pavillon 44 bereitgestellt werden u. a. m.

Einzelne Pavillons wurden bestimmten Krankheitsgruppen und Forschungsrichtungen angepaßt. So wurde z. B. *Pavillon 57* dem Studium *der Pathologie und Therapie der Respirationsorgane* gewidmet.

Beispiel für die Verteilung der Kranken auf einzelne Diätgruppen (März 1928)

Datum	Zucker			Magen			Mast			Herz und Nieren			Entfettung		
	Patient	Gesamtpreis Rm.	Einzelpreis Rm.	Patient	Gesamtpreis Rm.	Einzelpreis Rm.	Patient	Gesamtpreis Rm.	Einzelpreis Rm.	Patient	Gesamtpreis Rm.	Einzelpreis Rm.	Patient	Gesamtpreis Rm.	Einzelpreis Rm.
1.	26	73,93	2,84	26	70,72	2,57	37	55,86	1,51	5	12,15	2,43	5	7,93	1,59
2.	26	51,08	1,96	26	36,19	1,40	34	59,95	1,76	5	10,82	2,16	5	4,73	0,95
3.	27	66,53	2,46	26	67,61	2,60	35	90,56	2 58	5	12,77	2,55	5	9,12	1,82
4.	28	52,61	1,88	26	32,07	1,23	33	36,92	1,12	5	7,14	1,43	3	3,55	1,19
5.	27	60,42	2,24	26	50,43	1,94	33	43,46	1,32	5	8,69	1,74	3	5,94	1,98
6.	26	53,22	2,05	27	58,56	2,17	36	57,52	1,60	6	13,91	2,32	4	9,02	2,26
7.	25	58,14	2,33	26	45,35	1,74	36	65,85	1,83	6	10,59	1,77	4	6,84	1,71
8.	27	74,29	2,75	26	53,78	2,07	30	50,88	1,70	8	10,04	1,26	4	5,85	1,46
9.	23	49,91	2,17	25	48,22	1,93	36	55,87	1,55	5	10,60	2,12	3	5,13	1,71
10.	23	63,26	2,75	25	69,34	2,77	36	38,66	1,09	5	17,65	3,53	3	9,81	3,27
11.	22	51,09	2,32	21	34,53	1,65	34	42,44	1,25	8	9,21	1.15	3	4,21	1,30
12.	22	57,42	2,61	21	55,54	2,64	39	47,22	1,21	5	10,91	2,18	3	5,76	1,92
13.	23	75,06	3,26	21	49,74	2,37	36	52,85	1,47	8	12,88	1,61	3	6,77	2,29
14.	20	41,08	2,05	23	48,80	2,12	33	46,10	1,40	8	13,81	1,73	3	5,23	1,74
15.	21	71,32	3,40	24	52,14	2,18	35	57,54	1,64	8	14,47	1,31	3	6,45	2,15
16.	25	45,62	1,83	25	51,03	2.04	27	51,03	2,04	9	14,55	1,62	3	9,32	3,17
17.	20	50,97	2,55	25	68,99	2,76	33	69,82	2,12	8	18,72	2,32	3	7,77	2.59
18.	19	39,72	2,09	24	38,00	1,58	33	22,66	0,69	9	10,79	1,19	3	5,48	1,83
19.	22	52,09	2,37	22	51,21	2,33	33	53,32	1,62	9	17,71	1,97	3	7,96	2,65
20.	22	51,64	2,35	24	50,38	2,10	31	51,20	1,65	10	18,93	1,89	2	6,18	3,09
21.	22	47,19	2,15	24	38,26	1,59	33	54,43	1,65	10	13,86	1,39	2	6,08	3,04
22.	23	50,37	2,19	23	59,16	2,57	35	74,43	2,14	9	16,89	1,88	4	6,57	1,64
23.	23	49,28	2,14	26	43,76	1,68	30	52,78	1,76	9	14,03	1,56	4	6,18	1,55
24.	21	60,19	2,87	24	71,95	3,00	33	91,76	2,78	9	10,73	1,10	4	5,55	1,39
25.	22	49,99	2,27	25	35,79	1,43	31	48,54	1,57	7	8,44	1,21	4	6,74	1,69
26.	21	53,75	2,56	24	47,51	1,98	28	63,77	2,28	7	12,72	1,83	4	7,36	1,84
27.	22	60.88	2,77	23	51,84	2,25	31	53,99	1,74	7	15,75	2,25	4	7,99	1,99
28.	22	38,48	1,75	22	45,00	2,05	33	60,05	1,85	7	13,60	1,94	4	6,87	1,72
29.	22	46,67	2,12	22	55,29	2,51	33	74,83	2,27	7	12,64	1,81	5	6,13	1,23
30.	19	42,84	2,25	22	42,49	1,44	29	54,95	7,89	7	9,87	1,41	4	4,41	1,10
31.	23	43,03	1,96	22	76,75	3,48	27	81,45	3,02	7	17,05	2,44	4	10,57	2,64
	714	1682,07	73,29	746	1600,43	66,17	1023	1760,39	54,10	223	401,92	57,69	109	207,50	60,50

	Verpflegungstage	Gesamtpreis Rm.	Einzelpreis Rm.	Durchschnitts-Einzelpreis Rm.
Zucker	714	1682,07	2,36	—
Magen	746	1600,43	2,14	—
Mast	1023	1760,39	1,75	—
Herz und Nieren	223	401,92	1,86	—
Entfettung	109	207,50	1,95	—
	2815	5652,31	10,06	2,01

Blick auf die Diätküche

Die Inneneinrichtung der Diätküche

Zu diesem Zweck erhielt der Pavillon Einrichtungen für Inhalation, dann allergenfreie Kammern mit den entsprechenden maschinellen Einrichtungen. Die Laboratorien sind mit wünschenswerten Apparaturen, Meßkammern usw. ausgiebig ausgestattet. Die Verglasung sowohl der Veranda wie der Fenster ist mit U. V.-Neuglas durchgeführt. Die Neue Glasindustrie-Gesellschaft m. b. H., Weißwasser (O.-L.), hat ein sehr brauchbares Ultraviolettstrahlung durchlassendes druck- und wetterbeständiges Glas geliefert, das sich auf das beste bewährte. Unser Lichtforschungsinstitut führt regelmäßig Kontrolle über die einzelnen Glasschmelzen. Die elektrischen Lampen dieses Raumes sind von den Osram-Werken, Berlin, gleichfalls unter Verwendung von U.V.-Neuglas hergestellt, so daß auch die elektrische Beleuchtung konstant ultraviolette Strahlen aussendet etwa in einer Menge, die dem entspricht, was an sonnigen Tagen bei klarer Luft sich im Freien findet. Diesem Pavillon werden jetzt noch pneumatische Kammern angegliedert, die mit allen Einrichtungen zu Studium eines künstlichen Klimas versehen sind.

Die Geldmittel für diese verschiedenen besonderen Einrichtungen haben zu einem großen Teile in sehr dankenswerter Weise das *Reichsministerium des Innern*, dann das *Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose* uns verfügbar gemacht. Daneben hat die *Forschungsanstalt für Tuberkulose* beträchtliche Aufwendungen ermöglicht.

Die sehr groß ausgebildete *Infektionsabteilung* ist so gegliedert, daß den einzelnen Krankheitsgruppen je ein einzelner größerer resp. mittlerer Pavillon zur Verfügung steht. Besonders für Scharlach und Diphtherie sind zweistöckige Gebäude bestimmt.

Diese Pavillons sind im ärztlichen Dienst nicht zu einer besonderen Infektionsabteilung zusammengefügt. Die Pavillons sind vielmehr den verschiedenen medizinischen Kliniken einzeln zugeteilt. Die Direktorialabteilung führt die Mischinfektionen, die III. medizinische Klinik den Scharlachpavillon, die IV. medizinische Klinik den Diphtherie-Pavillon, und die V. medizinische Abteilung (Kinder-Klinik) hat Masern und Keuchhusten übernommen. In Zeiten, da die Infektionsfälle gering sind, werden die Pavillons auch mit allgemeinen medizinischen Fällen belegt. Hierzu zwingt oft eine beträchtliche Bettennot.

Eine Eigentümlichkeit Eppendorfs stellen die kleinen *freien Forschungsinstitute* dar.

Im Jahre 1912 stiftete der nunmehr verstorbene Werftbesitzer *H. C. Stülcken* einen Betrag von etwa Rm. 150 000.— zur Errichtung eines Pavillons, der der Tuberkuloseforschung und der Krebsforschung zu widmen sein sollte. Von anderer Seite traten



Das Forschungsinstitut für Schimmelpilze und Hefe (Plaut-Institut)

später noch die Mittel hinzu, um die genannten Institute zu vergrößern, dann ein Institut für Schimmelpilze und Hefe zu errichten. Ferner wurde eine besondere Stiftung eingesetzt für eine große Forschungsstätte für klinisch angewandte Pharmakologie. Dem allen schloß sich ein Lichtforschungsinstitut und ein kleines kolloidbiologisches Institut in den weiteren Jahren an. Diese Institute fügen sich in ihrer äußeren Gestaltung den einfachen Formen ein, die durch die Bauart der Eppendorfer Pavillons gegeben ist.

Mit relativ geringen Mitteln, die von privater Seite in dankenswertester Weise zu unserer Verfügung kamen, gelang es, die Institute für die jeweiligen Arbeitszwecke gut auszugestalten, die erforderlichen Arbeitskräfte zu gewinnen und den laufenden Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Die zahlreichen, den Instituten entstammenden Arbeiten sind der beste Beweis nicht nur für die Berechtigung dieser Institute, sondern auch für die Zweckmäßigkeit ihres Aufbaues.

Als Typ sei das Pilzforschungsinstitut hiermit zur Darstellung gebracht. Es besteht die Hoffnung, daß demnächst die Vergrößerung des Institutes ermöglicht werden kann, da die Bedürfnisse des Lichtforschungsinstitutes in zunehmendem Maße zutage treten.

Der Tuberkulose-Anstalt flossen in den letzten zwei Jahren besonders reiche Geldmittel zu. So konnte sich in den einfachen Räumen eine erfolgreiche wissenschaftliche Tätigkeit entwickeln. Eine größere Spezial-Bibliothek ist in Ausgestaltung be-

griffen. Es bestand die Möglichkeit, die instrumentelle Einrichtung weitgehenden Ansprüchen gemäß zu beschaffen. Die Arbeitsplätze werden vielfältig von In- und Ausländern in Anspruch genommen. Die Einrichtungen zur Unterbringung der Versuchstiere werden in absehbarer Zeit wesentlich erweitert werden; die jetzige provisorische Unterbringung wird demnächst durch zweckmäßige Anlagen ersetzt werden.

Dem Institut ist ein wissenschaftliches Direktorium und ein die Finanzen kontrollierendes Kuratorium beigegeben. Dieses letztere setzt sich aus drei Präsidenten deutscher Landesversicherungsanstalten, denen in erster Linie die Ausgestaltungsmöglichkeit zu danken war, zusammen. Dem Organisationsplan lag der Gedanke zugrunde, die vielfältigen Arbeitsmöglichkeiten des Eppendorfer Krankenhauses und auch der andern Hamburger medizinischen Anstalten in ausgiebigster Weise den Herren zugänglich zu machen, die an der Anstalt sich betätigen. Nach jeweiliger Einholung des Einverständnisses der zuständigen Klinik- und Institutsleiter und in harmonischer Zusammenarbeit mit den Professoren und Einrichtungen der Universität können somit sämtliche Wissenszweige, die zur Tuberkuloseforschung in Beziehung stehen, in bester Weise studiert werden. Auf dieses Moment der Zusammenarbeit wurde besonderes Gewicht gelegt. Es gilt gleichmäßig auch für die andern im Eppendorfer Krankenhaus eingerichteten kleinen Forschungsinstitute. *Die Institute sind, gemäß den Ausführungen Wilhelm v. Humboldts, im wahrsten Sinne des Wortes akademische Hilfsinstitute, die erfolgreich dem Ziele nachgingen, den Lehrkanzeln der Universität sich in harmonischer Weise anzugliedern und die Forschungsaufgaben, die die Grundlage unseres Universitätswesens bilden, in einzelnen Spezialrichtungen zu ergänzen.*

Wirtschaftlich sind die Institute in ihrer Gesamtheit zu einem eingetragenen Verein zusammengeschlossen. Dieser Verein steht unter dem Einflusse eines Vorstandes, dem angesehene Hamburger Bürger und vor allem auch der Präsident der Gesundheitsbehörde angehören.

Sehr zweckmäßig erwies sich die *Einrichtung von Arbeitsplätzen* nach dem rühmlichst bekannten Muster des Deutschen Aquariums zu Neapel (Prof. Dohrn). Diese Arbeitsplätze sind teils mit, teils ohne Stipendium von verschiedener Seite gestiftet worden. Nach dem vorgenannten Muster können die Arbeitsplätze je nach Wunsch und nach Vorbildung der an das Institut übersiedelnden Herren völlig frei oder unter Gewährung entsprechender Anleitung benutzt werden. Die freie Arbeitsmöglichkeit gestattet es auch älteren Persönlichkeiten, selbständig an dem Institut zu arbeiten; in diesem Falle stellt das Institut dann nur die Hilfsmittel zur Verfügung. Jüngere, noch weniger erfahrene Ärzte haben die Möglichkeit, unter sorgfältigster Leitung zu arbeiten und ihre Kenntnisse in der jeweils gewünschten Richtung zu vervollständigen.

Wegen vieler Einzelheiten sei auf die Spezial-Literatur verwiesen.

LITERATUR.

Prof. Dr. Curschmann-Leipzig: Welchen Einfluß hat die heutige Gesundheitslehre, besonders die neuere Auffassung des Wesens und der Verbreitung der Infektionskrankheiten, auf Bau, Einrichtung und Lage der Krankenhäuser?
— Referat in der 14. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Frankfurt a. M. 12.—15. Sept. 1888.
— Bericht in der Deutschen Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Bd. 21, Seite 181 und ff.
Th. Deneke: Das Neue Allgemeine Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf. Verlag Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1895.
— Mitteilungen über das Neue Allgemeine Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf.
— Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege Bd. 20, Seite 549 und ff.
Börner: Bericht über die Berliner Hygieneausstellung 1882—83 *Bd. II*, S. 99, Kap. Krankenhäuser von F. O. Kuhn.
— Das Krankentransportwesen in Hamburg, seine Entwicklung und Organisation. Herausgegeben im Auftrage der Polizeibehörde. Hamburg 1892.
Zimmermann und Ruppel: Das neue Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Eppendorf nach amtlichen Quellen dargestellt. Zeitschrift für Bauwesen, Berlin 1892.
Degen: Das Krankenhaus und die Kaserne der Zukunft. München 1882.
Beihefte zu den Jahrbüchern der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten 1917/1918. Die Militärärztliche Sachverständigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung. Herausgegeben von E. Fraenkel.
Kißling: Das Eppendorfer Krankenhaus. Leopold Voß, Hamburg 1907.
Fritz Curschmann, Hans Curschmann, Karl Hirsch, Felix Wolff: Erinnerungen an Heinrich Curschmann. Verlag von Julius Springer, Berlin 1926.
Brauer L.: Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Eppendorfer Krankenhauses. Leopold Voß, Leipzig und Hamburg 1914.
— 25jähriges Jubiläum des Eppendorfer Krankenhauses zu Hamburg am 13. Juni 1914. Separat-Abdruck aus: Hamburger Fremdenblatt.
— Das Allgemeine Krankenhaus Eppendorf in Hamburg. Sonderabdruck aus dem Illustrationswerk: „Deutsche Krankenanstalten für körperlich Kranke“, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung in Halle a. d. S. 1915.
— Ueber die Notwendigkeit der Einrichtung von Diätküchen. Ärztl. Verein Marburg, Sitzung vom 15. Januar 1908. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 10.
— Beschreibung der Diätküche des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzung vom 13. Januar 1923. Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 7.
— Die Diätetik in der Krankenhauspraxis und im klinischen Unterricht. Therapie der Gegenwart 1925. Urban & Schwartzenberg, Berlin-Wien.
Brauer und Eduard Müller: Die Diätabteilung und der Diätküchenbetrieb im Eppendorfer Krankenhaus. Monographie, im Erscheinen begriffen.
Weygandt: Die Universität Hamburg in Wort und Bild. Broschek & Co., Hamburg 1927.
Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten 1889—1912. Herausgegeben von den ärztlichen Direktoren der Krankenanstalten. F. C. W. Vogel, Leipzig.



Abb. 1. Gesamtansicht (vom Rübenkamp aus)

DAS ALLGEMEINE KRANKENHAUS BARMBECK

VON PROF. DR. A.V. KNACK, ÄRZTLICHEM DIREKTOR

MIT dem Bau des dritten Allgemeinen Krankenhauses wurde am 3. September 1910 begonnen. Im Herbst 1913 waren die nördliche Hälfte und der Mittelteil der Anstalt fertiggestellt und mit dem nötigen Inventar ausgestattet. Am 2. November 1913 konnte das Krankenhaus seinen Betrieb eröffnen. Die Arbeiten in der südlichen Hälfte schritten rüstig weiter, so daß ein Teil der dort befindlichen Häuser schon vor dem 1. August 1914 mit Kranken belegt werden konnte. Nach Ausbruch des Krieges wurden mit gesteigerter Energie die letzten Gebäude fertiggestellt und belegungsfähig gemacht. Schon vor Beginn des Baues des Krankenhauses wurde der Platzmangel in den übrigen Krankenhäusern Hamburgs derartig fühlbar, daß im Oktober 1910 ein Barackenbau für etwa 240 Betten auf einem dem Krankenhause gegenüberliegenden Gelände beschlossen wurde. Die Bauart der Baracken wurde stabiler, als sonst üblich, gewählt, da mit ihrer Weiterverwendung auch nach der Inbetriebnahme der Hauptanstalt von vornherein gerechnet wurde. Sie wurden beschleunigt fertiggestellt und bereits im Sommer 1912 mit Kranken belegt. Noch während der Bauzeit im Frühjahr 1913 erhielt das Bauprogramm für das Krankenhaus eine Erweiterung durch den Beschluß, die Station für polizeilich internierte weibliche Geschlechtskranke vom Allgemeinen Krankenhaus St. Georg nach Barmbeck zu verlegen und dafür einen Neubau zu errichten, der im November 1913 begonnen und im August 1915 fertiggestellt wurde.

Wenn auch bei der Inbetriebnahme die *Bettenzahl* des ganzen Krankenhauses nur rund 2000 betrug, so konnte doch die Zahl der in die Krankenräume gestellten Betten den steigenden Ansprüchen entsprechend ohne Schwierigkeit bisher auf 2400 erhöht werden. Im Falle besonderer Beanspruchung von Krankenbetten durch Epidemien und dergleichen kann auch diese Zahl noch bis auf 2650 gesteigert werden, ohne daß dadurch die hygienischen Erfordernisse wesentlich beeinträchtigt werden.

Der Gesamtkomplex des Krankenhauses (Abb. 1) setzt sich, wie bereits erwähnt, zusammen aus zwei, ihrer *Bauart* nach verschiedenen Teilen, einer für Dauerzwecke in durchweg massiver Bauweise erbauten *Hauptanstalt* und einem dieser angegliederten, in provisorischer Bauart hergestellten *Barackenkrankenhaus.* Beide Teile waren bei der Erbauung durch eine öffentliche Straße getrennt. Nach dem späteren Fortfall dieser Straße sind die Geländeflächen beider Teile zu einer einheitlichen *Gesamtfläche* zusammengezogen, die 22,6 ha umfaßt. Die größte Tiefenlage des Geländes beträgt bis zu 17 m, die größte Höhenlage etwa 21,5 m über Mittel-Niedrigwasser des Elbstroms.

Das im allgemeinen rechteckige und ebene Gelände der Anstalt wird von folgenden *Straßen* umschlossen: an der westlichen Seite, an der der Haupteingang zu dem Krankenhause liegt, von der Straße Rübenkamp (Abb. 2), an der Südseite von der Straße Hartzloh, an der Ostseite, wo sich Nebeneingänge für den Wirtschaftsverkehr und für Besucher der Anstalt befinden, von der Fuhlsbütteler Straße, an der Nordseite teils von der Brambergstraße, teils von angrenzenden Nachbargrundstücken.

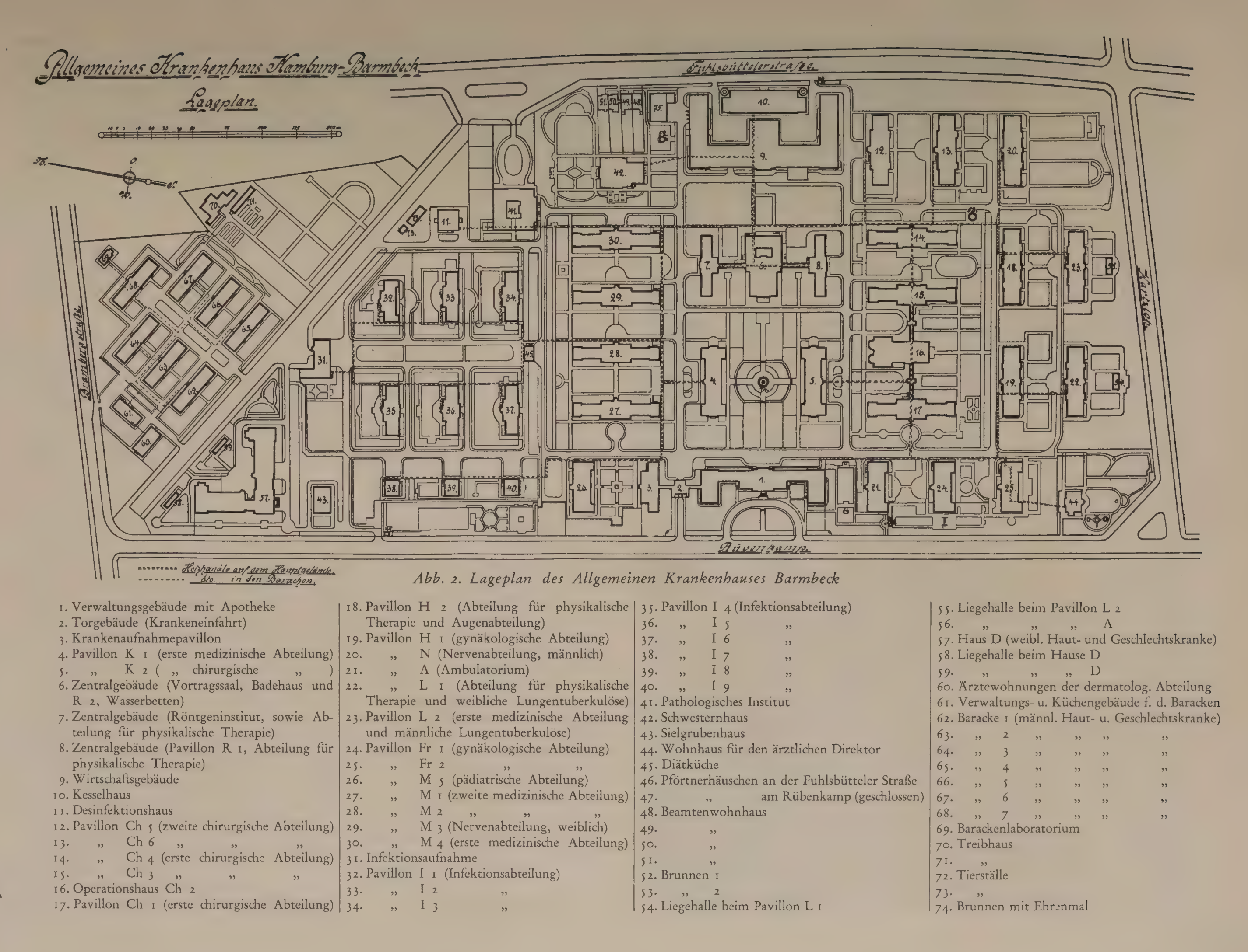


Abb. 2. Lageplan des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck

1. Verwaltungsgebäude mit Apotheke
2. Torgebäude (Krankeneinfahrt)
3. Krankenaufnahmepavillon
4. Pavillon K 1 (erste medizinische Abteilung)
5. „ K 2 („ chirurgische „)
6. Zentralgebäude (Vortragssaal, Badehaus und R 2, Wasserbetten)
7. Zentralgebäude (Röntgeninstitut, sowie Abteilung für physikalische Therapie)
8. Zentralgebäude (Pavillon R 1, Abteilung für physikalische Therapie)
9. Wirtschaftsgebäude
10. Kesselhaus
11. Desinfektionshaus
12. Pavillon Ch 5 (zweite chirurgische Abteilung)
13. „ Ch 6 „ „ „
14. „ Ch 4 (erste chirurgische Abteilung)
15. „ Ch 3 „ „ „
16. Operationshaus Ch 2
17. Pavillon Ch 1 (erste chirurgische Abteilung)
18. Pavillon H 2 (Abteilung für physikalische Therapie und Augenabteilung)
19. Pavillon H 1 (gynäkologische Abteilung)
20. „ N (Nervenabteilung, männlich)
21. „ A (Ambulatorium)
22. „ L 1 (Abteilung für physikalische Therapie und weibliche Lungentuberkulöse)
23. Pavillon L 2 (erste medizinische Abteilung und männliche Lungentuberkulöse)
24. Pavillon Fr 1 (gynäkologische Abteilung)
25. „ Fr 2 „ „
26. „ M 5 (pädiatrische Abteilung)
27. „ M 1 (zweite medizinische Abteilung)
28. „ M 2 „ „ „
29. „ M 3 (Nervenabteilung, weiblich)
30. „ M 4 (erste medizinische Abteilung)
31. Infektionsaufnahme
32. Pavillon I 1 (Infektionsabteilung)
33. „ I 2 „
34. „ I 3 „
35. Pavillon I 4 (Infektionsabteilung)
36. „ I 5 „
37. „ I 6 „
38. „ I 7 „
39. „ I 8 „
40. „ I 9 „
41. Pathologisches Institut
42. Schwesternhaus
43. Sielgrubenhaus
44. Wohnhaus für den ärztlichen Direktor
45. Diätküche
46. Pförtnerhäuschen an der Fuhlsbütteler Straße
47. „ am Rübenkamp (geschlossen)
48. Beamtenwohnhaus
49. „
50. „
51. „
52. Brunnen 1
53. „ 2
54. Liegehalle beim Pavillon L 1
55. Liegehalle beim Pavillon L 2
56. „ „ „ A
57. Haus D (weibl. Haut- und Geschlechtskranke)
58. Liegehalle beim Hause D
59. „ „ „ D
60. Ärztewohnungen der dermatolog. Abteilung
61. Verwaltungs- u. Küchengebäude f. d. Baracken
62. Baracke 1 (männl. Haut- u. Geschlechtskranke)
63. „ 2 „ „ „ „
64. „ 3 „ „ „ „
65. „ 4 „ „ „ „
66. „ 5 „ „ „ „
67. „ 6 „ „ „ „
68. „ 7 „ „ „ „
69. Barackenlaboratorium
70. Treibhaus
71. „
72. Tierställe
73. „
74. Brunnen mit Ehrenmal



Abb. 3. Schmuckhof

Den öffentlichen *Personenverkehr* zwischen der Stadt Hamburg und der von ihrem Mittelpunkt, dem Rathausmarkt, etwa 7,5 km entfernt liegenden Anstalt vermitteln die Stadt- und Vorortsbahn, die an der Westseite des Krankenhauses vorbeiführt und hier eine Haltestelle (Rübenkamp) besitzt, und die nach Ohlsdorf führende Straßenbahnlinie 6 in der Fuhlsbütteler Straße.

Bei allen Bauten des Krankenhauses ist in erster Linie auf eine möglichst vollkommene Befriedigung der hygienischen Forderungen Bedacht genommen, soweit es die Mittel irgend gestatteten. Diese machten aber auch gleichzeitig eine möglichste Sparsamkeit und Beschränkung auf ein notwendiges Maß nötig. Nichtsdestoweniger ist auch in der äußeren Erscheinung der großen Anstalt ein ihrer Bedeutung entsprechender, würdiger und namentlich auch ein durchaus *einheitlicher Charakter* erstrebt und erzielt worden in dem Gedanken, daß der Krankenhausbau selbst einen wohltuenden Eindruck auf den Kranken machen soll. In diesem Sinne haben auch die *Gartenanlagen* eine wirkungsvolle, ansprechende Ausbildung erfahren.

Das während des Baues der Hauptanstalt erbaute und vor deren Fertigstellung bereits in Betrieb genommene *Barackenkrankenhaus* besteht aus einem kleinen Verwaltungsgebäude, einem kleinen Kochküchengebäude, sieben Krankenpavillons und einem kleinen Leichenhaus, jetzt Laboratorium. Die Gebäude sind auf massivem Unterbau in ausgemauertem Holzfachwerk mit äußerer Bimszementdielenverkleidung hergestellt, im übrigen nach Möglichkeit massiv ausgebildet. Diese Nebenanstalt hat eine eigene Zentralheizungsanlage, die im Keller des Küchengebäudes untergebracht ist.

Was die *Baukosten* anbelangt, so sind für die Hauptanstalt rund 13,7 Millionen Mark bewilligt worden, von denen etwa 10,47 Millionen Mark auf den Bau selbst und etwa 3,25 Millionen Mark auf die innere und sanitäre Einrichtung entfallen. Diese Summen sind annähernd auch verbraucht worden, so daß die Einheitskosten für ein Bett bei der Hauptanstalt, allein auf den Bau bezogen, rd. Rm. 5980.— und unter Hinzurechnung von Rm. 1860.— für die innere usw. Einrichtung insgesamt Rm. 7840.— betragen. Bei dem Barackenkrankenhaus stellen sich die bezüglichen Summen wie folgt: Gesamtkosten Rm. 745 000.—, davon Rm. 570 000.— reine Baukosten und Rm. 175 000.— Mobiliar- usw. Kosten, demnach gesamte Einheitskosten für ein Bett rd. Rm. 3100.—.

Über Einrichtungen und Betrieb des Krankenhauses möge ein *Rundgang durch die Anstalt* orientieren. Der *Haupteingang* ebenso wie die *Kranken-*

aufnahme liegen am Rübenkamp. Durch den Haupteingang gelangen wir in das *Verwaltungsgebäude,* in dem sich im Parterre die Räume der Verwaltung, außerdem die *Ärztliche* und *Krankenbibliothek* sowie die zentrale *Apotheke* der Anstalt befinden; Teile der Apotheke, die Bandagenstube und Telephonzentrale liegen im Kellergeschoß. Im ersten und zweiten Stockwerk liegen Aufenthaltsräume und Wohnungen der internen Ärzte sowie einiger Beamten. Über das Aufnahmebureau im Verwaltungsgebäude gelangen wir in die nördlich in einem besonderen Gebäude befindliche *Krankenaufnahmestation.* Diese enthält nur eine geringere Anzahl von Krankenbetten, da die aufgenommenen Kranken sobald wie möglich den für ihre Krankheiten in Betracht kommenden Krankenabteilungen zugeführt werden. Jeder Kranke wird zunächst in der Aufnahmestation eingehend untersucht; ungeklärte infektionsverdächtige Fälle werden, soweit sie nicht der Infektionsaufnahmestation zur weiteren Beobachtung überwiesen werden, in anderen Abteilungen isoliert. Eingewiesene Kinder und Säuglinge werden auf der pädiatrischen Station einer besonderen Aufnahmequarantäne unterzogen. Wir gehen von der Aufnahmestation zurück durch das Verwaltungsgebäude und treten durch dessen mittleren, dem Krankenhaus zugewandten Durchgang auf das Krankenhausgelände. Hier liegt vor uns ein großer gartenbautechnisch ausgestatteter freier Platz, der sogenannte *Schmuckhof* (Abb. 3.). Vor uns sehen wir das *Zentralgebäude,* enthaltend den *Vorlesungsraum,* das *Badehaus,* das *Röntgeninstitut* und die *photographische Abteilung.* Zur linken (nördlichen) Seite sehen wir die Stationen der *inneren Abteilung,* zur rechten (südlichen) Seite die der *chirurgischen* und *gynäkologisch-geburtshilflichen* Abteilungen sowie das *Ambulatorium.* Am Schmuckhof direkt liegen die sogenannten *Kostgängerstationen* der inneren und chirurgischen Abteilung. Es sind dies zweigeschossige Pavillons (Abb. 4 und 6), die sich auszeichnen durch eine große Zahl von kleineren Krankenräumen, die zum Teil nur für einen, zum Teil für zwei bzw. für drei Patienten bestimmt sind. Die Häuser besitzen in beiden Stockwerken an den Schmalseiten Liegehallen, an der dem Schmuckhofe zugewandten Breitseite eine dem Erdgeschoß entsprechende offene Liegeveranda. Ursprünglich nur für die Aufnahme von Privatpatienten bestimmt, werden zur Zeit auch Kranke der allgemeinen Klasse in diesen Häusern untergebracht. Die einzelnen Räume können dabei mit mehr Betten bestellt werden, die Zweierzimmer mit drei Betten, die Dreierzimmer mit vier bis fünf Betten. Diese Pavillons, die so bis zu 90 Kranke aufnehmen können, stellen den *Idealtypus* eines allen modernen Ansprüchen genügenden Krankenpavillons dar. Infolge der zur Verfügung stehenden vielen kleineren Räume ist es nicht nur möglich, die Krankheitsgruppen leichter zu trennen, sondern, und das scheint das Wesentliche, auch leichter möglich, dem einzelnen Kranken durch mehr individualisierende Behandlung besser gerecht zu werden. Durch den zunehmenden Umfang der Krankenversicherung und die steigende Verarmung der Bevölkerung liegen zahlreiche Angehörige des Mittelstandes, die durch ihre Lebenshaltung mehr an eine Einzelunterbringung gewöhnt sind, in der allgemeinen Klasse des Krankenhauses. Aber auch die zunehmende Bildung der arbeitenden Bevölkerung legt den Wunsch nach einer mehr individualisierenden Behandlung nahe. Der große Sammelkrankenraum, wie wir ihn in älteren Krankenanstalten noch finden, in dem 30 und mehr Kranke untergebracht werden können, hat sich überlebt. Aber auch die kleineren Krankensäle, die noch zwischen 12 und 20 Betten enthalten, bieten der mehr und mehr notwendig werdenden individualisierenden Behandlung keine Möglichkeit.

Selbstverständlich müssen da, wo aus früherer Zeit die Krankenhauseinrichtungen mit vielen großen Sälen vorhanden sind, diese weiter benutzt werden. So müssen auch in unserm Krankenhause die überwiegende Mehrzahl der Patienten der allgemeinen Klasse in den 12 bis 16, bei höherer Belegung bis 18 und 20 Betten fassenden Krankensälen der *Normal-Pavillons* (Abb. 5 und 7) untergebracht werden. Diese Pavillons zeigen im allgemeinen für die innere und äußere Abteilung gleichen Bautypus. Es ist darum auch nur notwendig, daß wir einen derselben eingehender besichtigen. Der *Normalpavillon* besteht aus einem *Erd-* und *Obergeschoß* sowie einem *Dachgeschoß;* im letzteren befinden sich die *Wohn-* und *Aufenthaltsräume* des im Pavillon beschäftigten *Krankenpflege-* und *Dienstpersonals* sowie Speicherräume. Das für die Unterbringung von Kranken vorgesehene Erd- und Obergeschoß ist so gebaut, daß zwei größere Krankensäle mit 12 bis 18 Betten durch einen Korridor verbunden sind, an dem Isolier- und Nebenräume liegen. Die Toiletten- und Waschräume sind an den äußeren Schmalseiten der Säle untergebracht. Zum Teil an den Breitseiten, zum Teil an den Längsseiten sind *Liegehallen* bzw. offene Terrassen, die direkt von dem Krankensaal aus erreichbar sind, eingebaut. An den Enden des verbindenden Korridors, also neben den Krankensälen, befinden sich sogenannte *Tagesräume,* d. h. Aufenthaltsräume für die Aufpatienten zu geselligen Zwecken. Diese räumliche Einteilung kehrt in den Pavillons der einzelnen Abteilungen mit gewissen

Abb. 4. Kleinzimmerpavillon (früher Kostgängerhaus)



Abb. 5. Normalpavillon

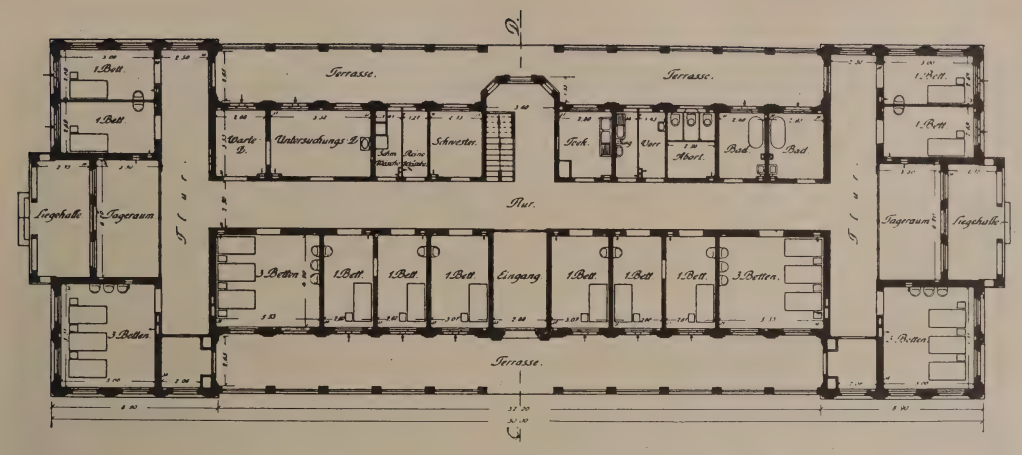


Abb. 6. Grundriß eines Kleinzimmerpavillons (früher Kostgängerhaus)

Abweichungen wieder, die dadurch bedingt sind, daß man durch kleinere und größere Variationen den besonderen Zwecken der Krankenstationen gerecht zu werden sich bemüht hat. Der Zugang zu den einzelnen Pavillons für den allgemeinen Verkehr liegt in der Mitte ihrer Längsseite. In der Mitte liegt auch das Treppenhaus. Die Ausgänge an den Breitseiten sind nur für den Verkehr der Patienten bestimmt. Neben dem Eingang liegt im Erdgeschoß und korrespondierend auch im Obergeschoß die sogenannte *Teeküche,* die mit einem Gasherd, einer Abspüleinrichtung, einem Wärmeschrank und den notwendigen Schränken für die Unterbringung des Geschirrs und sonstiger Küchenutensilien ausgestattet ist. Das von der Hauptküche des Wirtschaftsgebäudes in *Speisetransportgefäßen* herangebrachte Essen wird in diesen Teeküchen in Portionen eingeteilt, evtl. noch, soweit notwendig, mit Hilfe der vorhandenen Einrichtungen besonders zubereitet und dann an die Patienten ausgeteilt. Außer den Teeküchen sind noch je ein Vorratsraum für den häuslichen Bedarf der Stationen vorhanden sowie die Baderäume und im unteren Stockwerk ein *Untersuchungszimmer,* im oberen Stockwerk ein *Laboratorium.* Dieses Laboratorium ist so ausgestattet, daß es für alle einfacheren klinischen Untersuchungen genügt. Mit besonderer Genehmigung können einzelne dieser Laboratorien auch eine weitere Ausstattung erfahren, so daß in ihnen eingehende wissenschaftliche Untersuchungen ausgeführt werden können. Die Einrichtung der Krankensäle sowohl wie der kleineren Krankenräume und Einzelzimmer weist keine wesentlichen Besonderheiten auf. Die Arzneien sowie Verbandmittel und dergleichen sind in verschließbaren, in der Mitte der Krankensäle aufgestellten Glasschränken untergebracht. In den beschriebenen Normalpavillons können bequem 75 bis 80 Kranke untergebracht werden. Bei Notwendigkeit stärkerer Belegung können vorübergehend auch die Tagesräume mit je vier Krankenbetten bestellt werden, so daß bei stärkster Belegung in den einzelnen Pavillons bis zu 100 Kranke untergebracht werden können.

Wir gehen nunmehr zu dem nördlich der Krankenaufnahmestation befindlichen internen Säuglings- und Kleinkinderpavillon *(pädiatrische Abteilung).*

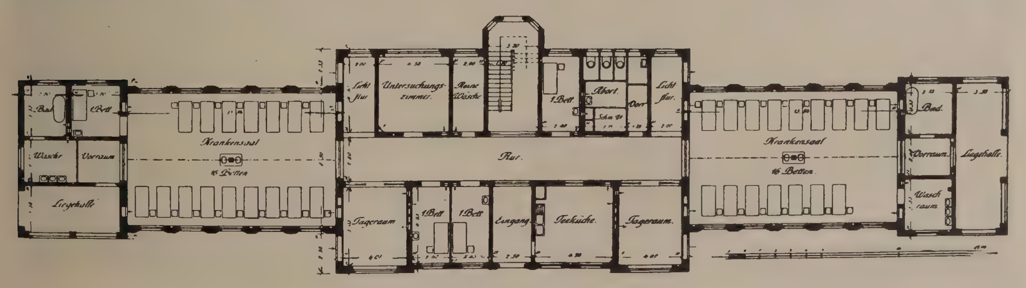


Abb. 7. Grundriß eines Normalpavillons

Abb. 8. Kinderspielplatz mit Planschbecken und Sandplatz

Abb. 9. Infektionspavillon

Ursprünglich als Angina- und Fieberstation vorgesehen, mit zahlreichen kleineren Räumen ausgestattet, wurde dieser Pavillon im Jahre 1924 zu einer allen neuzeitigen Anforderungen entsprechenden pädiatrischen Station umgewandelt. Außer großen Liegeveranden stehen den kleinen Patienten der zwischen Aufnahmestation und Kinderstation befindliche große Spielgarten mit *Planschbecken* und Sandplatz (Abb. 8) zur Verfügung.

Wir begeben uns dann auf das Gelände der *Infektionsabteilung*, die aus einer mit vielen Einzelzimmern versehenen Aufnahmestation, sechs größeren und drei kleineren Isolierpavillons besteht. In den größeren eingeschossigen Pavillons (Abb. 9) können bis zu 40 Kranke untergebracht werden. Jeder Pavillon ist mit einem abgegrenzten Garten umgeben und außerdem mit Liegehallen ausgestattet. Im Dachgeschoß befinden sich, genau wie bei den großen Normalpavillons, die Wohn- und Aufenthaltsräume des Krankenpflege- und Dienstpersonals. Die Bauweise des einzelnen Infektionspavillons ist charakterisiert durch die neben dem Haupteingang liegende Schleuse, in der Schutzmäntel und Wasch- und Desinfektionseinrichtungen vorhanden sind, sowie dadurch, daß die Wohnräume des auf der Station beschäftigten Personals von einem an der Rückwand gelegenen besonderen Hauseingang betreten werden müssen, so daß diese Wohnungen von den Krankenabteilungen völlig getrennt sind. Die drei kleinen, nur etwa zehn Krankenbetten umfassenden Isolierpavillons sind zum Teil als Abgangsstationen für zur Entlassung kommende Diphtherie- und Scharlachkranke, zum Teil als Unterbringungsstation für besondere Seuchenfälle, wie Pocken, Fleckfieber u. dgl., vorgesehen. Die etwa 250 Betten umfassende Infektionsabteilung ist räumlich vom übrigen Krankenhausgelände getrennt. Durch eine *Dienstanweisung* wird der Verkehr dieser Abteilung mit dem übrigen Gelände genauest geregelt. Die wesentlichste Bestimmung dieser Dienstanweisung ist die, daß das gesamte auf der Infektionsabteilung beschäftigte Personal intern sein muß, sowie daß der Verkehr über die Grenze der Infektionsabteilung hinaus nur durch bestimmte, besonders beauftragte Personen ausgeführt wird.

Der ursprünglich für die Regelung des gesamten Verkehrs an der Südgrenze der Infektionsabteilung liegende sogenannte Austauschpavillon erwies sich für die Praxis als bedeutungslos, da mit einer genügenden Zuverlässigkeit des Personals nicht gerechnet werden konnte. Es wurde darum in diesem kleinen Gebäude unter Berücksichtigung seiner besonders geeigneten Lage seit 1925 eine *Diätküche* (Abb. 10—13) eingerichtet. Die Zubereitung geeigneter Krankendiäten wird erfahrungsgemäß um so schwieriger, je größer die Anstalten werden. Ist es in einer kleineren Anstalt noch möglich, daß der leitende Arzt täglich mit der Leiterin der Küche in Berührung kommt, um mit ihr Einzelheiten des Speisezettels, insbesondere der Zubereitung notwendiger Diätformen zu besprechen, so ist ein derartiges enges Zusammenarbeiten zwischen Küche und Ärzteschaft in einer größeren Anstalt kaum noch durchführbar. Den vielseitigen der von den verschiedenen Ärzten geleiteten Abteilungen gestellten Anforderungen kann von einer einzelnen leitenden Küchenperson keinesfalls entsprochen werden. Sehr bald tritt daher Unzufriedenheit und Mißstimmung ein. Die von der zentralen Küche hergestellten Diätformen werden dauernd bekrittelt. Es bleibt daher für große Krankenhausbetriebe nur die Möglichkeit, der großen Küche die Herstellung der allgemeinen Ernährungskostformen zu überlassen, die sowohl für die Kranken als auch für das Personal in Betracht kommen, die Diäten aber einem besonderen, wesentlich kleineren Kochbetriebe zu überweisen, in dem allen komplizierten Anforderungen der Zubereitung der Diätformen nachgekommen werden kann. In einer solchen Diätküche muß eine direkte geistige Verbindung zwischen Kochtopf und Krankenbett vorhanden sein, die dadurch erreicht wird, daß neben dem ärztlichen Leiter auch das Kochpersonal in der Krankenpflege geschult ist und so die Bedürfnisse des Kranken viel besser würdigen kann als die trefflichste Köchin, die niemals etwas mit Kranken zu tun gehabt hat. Der Betrieb der Diätküche ist wie folgt geregelt:

Die Diätküche untersteht als klinischer Hilfsbetrieb der unmittelbaren Aufsicht des ärztlichen Direktors. Sie wird geleitet von einem Sekundärarzt der inneren Abteilung.

Die Diätküche ist räumlich und verwaltungsmäßig völlig getrennt von der allgemeinen Krankenhausküche. Der Küchenbetrieb wird von krankenpflegerisch vorgebildetem Personal durchgeführt.

Die Diätküche stellt ausschließlich solche Kostformen her, bei denen eine genaue qualitative oder quantitative Zubereitung nach ärztlicher Vorschrift unbedingt erforderlich ist.

Wir begeben uns nunmehr auf den nördlichsten Teil des Krankenhausgeländes und besichtigen die männliche und weibliche *dermatologische Abteilung*. Das oben bereits beschriebene *Barackenkrankenhaus* (Abb. 14) dient im wesentlichen zur Unterbringung von rund 200 männlichen Kranken, die hier nach den Hauptkrankheitsgruppen, Tripper, Syphilis und Haut, getrennt sind. Eine Baracke ist als Behand-



Abb. 10. Diätküchengebäude



Abb. 12. Küchenraum der Diätküche

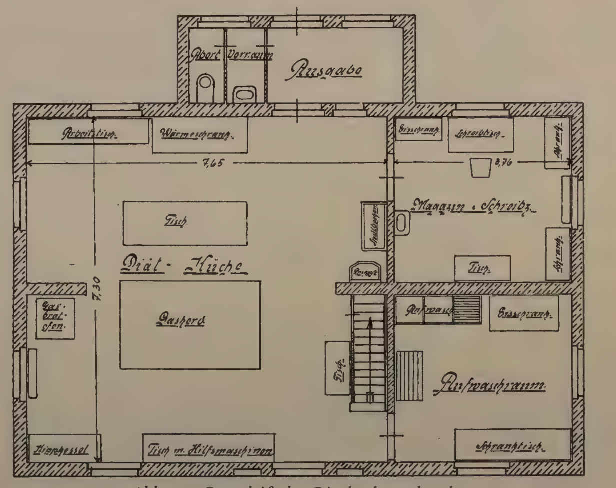


Abb. 11. Grundriß des Diätküchengebäudes

Abb. 13. Wärmeschrank mit Menagen in der Diätküche

lungsbaracke ausgebaut. Sie enthält neben den üblichen instrumentellen auch Einrichtungen für Licht- und Röntgenbehandlung.

Die 1915 eröffnete weibliche dermatologische Station stellt ein winkliges dreigeschossiges Korridorgebäude (Abb. 15) dar, das mit modernstem Komfort nach wirtschaftlicher wie technischer Seite ausgebaut ist und 340 Betten enthält. Neben Behandlungs- und Laboratoriumsräumen sind für die Kranken besondere Spül-(Bidet-)Räume vorhanden. Durch die Winkelung werden zweimal drei übereinanderliegende abgeschlossene Abteilungen gebildet, in denen die Kranken einmal nach den Hauptkrankheiten, dann aber danach getrennt untergebracht sind, ob es sich um zur Zwangsbehandlung eingewiesene Personen oder um mehr oder weniger freiwillige Kranke handelt.

Wir verlassen die dermatologische Station und wenden uns zum *Pathologischen Institut*, das im Erdgeschoß die *bakteriologisch-serologische* und die *chemisch-physiologische Abteilung*, im Obergeschoß die *pathologisch-anatomische Abteilung* beherbergt. Für die Unterbringung der Leichen ist im Kellergeschoß des Instituts ein *Kühlraum* mit entsprechenden maschinellen Einrichtungen vorhanden, für die Aufbahrung und Überführung der Leichen zum Friedhof ein *Kapellenraum*. Der große Seziersaal hat sechs Leichentische; in einem Nebenraum befindet sich ein weiterer Seziertisch. Für Sektionen hochinfektiöser Leichen ist ein besonderer Sezierraum im Kellergeschoß des Instituts vorgesehen. Neben der Untersuchung der im Krankenhause verstorbenen Leichen bearbeitet die pathologisch-anatomische Abteilung das gewebs-diagnostische Material des Krankenhauses. Die bakteriologisch-serologische Abteilung stellt ebenso wie die chemisch-physiologische Abteilung die Zentralstelle für die einschlägigen Untersuchungen des Krankenhauses dar, da in den Laboratorien der einzelnen Krankenstationen nur die laufenden einfacheren Untersuchungen ausgeführt werden. Welche Bedeutung diese Abteilungen haben, mögen folgende Zahlen beweisen: es gelangten in den letzten Jahren in der bakteriologisch-serologischen Abteilung jährlich durchschnittlich 42 000 Materialproben zur Untersuchung; in der chemischen Abteilung wurden durchschnittlich 46 000 Einzeluntersuchungen ausgeführt.

Zur Zeit wird ein neues *Tierhaus* (Abb. 16) neben dem Pathologischen Institut erbaut.

Vom Pathologischen Institut begeben wir uns in das *zentrale Röntgeninstitut*, das in einem nördlichen Flügel des Zentralgebäudes untergebracht ist. Dasselbe zerfällt in eine diagnostische und eine therapeutische Abteilung. In der diagnostischen Abteilung sind die Skelettuntersuchungen von der Durchleuchtung räumlich getrennt, um gegenseitige Störung weitgehend zu vermeiden. Für die Therapie steht ein unterteilter Bestrahlungsraum mit darüber auf dem Boden ausgebautem Maschinenraum zur Verfügung. Außerdem befindet sich im Institut ein Demonstrationsraum. In Verbindung mit dem Institut steht die *photographische Abteilung*. Für die chirurgischen Abteilungen wird in diesem Jahre im Operationshause eine *Zweigabteilung* des Röntgeninstituts eingerichtet.

Vom Röntgeninstitut gehen wir in das *Badehaus*, das in dem mittleren und hinteren Teil des Zentralgebäudes liegt. Hier sehen wir einen größeren Raum für therapeutische Massage. Daneben, im sogenannten Ruheraum, sind verschiedene Badevorrichtungen vorhanden, die gleichzeitig im Bade allerhand Behandlungsarten durch Belastung und dergleichen für versteifte Glieder ermöglichen. In beiden Räumen findet sich noch eine ganze Reihe kleinerer Apparate, die besonders während der Kriegszeit vom Leiter der Abteilung mit einfachsten Mitteln hergestellt wurden. Dem Ruheraum schließt sich der Duschenraum an; in ihm befindet sich gleichzeitig das Bassinbad, in das schwerbewegliche Kranke mit schmerzhaften Störungen mittels eines Badestuhls hineingelassen werden können. In diesem Raum stehen die verschiedensten Arten von Duschen zur Verfügung. Vom Duschenraum gelangen wir in das Dampfbad, dann in zwei Behandlungsräume mit trockener heißer und warmer Luft. In einem weiter folgenden Raum sind die verschiedenen Formen elektrischer Wärmebestrahlung (Lichtbäder und dergleichen) untergebracht; in einem weiteren Raum elektrische Bäder. In dem nächsten Raum befinden sich Wannenbäder, insbesondere Sol- und Kohlensäurebäder. In weiteren Räumen sind Sand- und Fangobäder und Einrichtungen zur Massagebehandlung im Bade vorhanden. Im nördlichen Seitenflügel des Zentralgebäudes liegt ein ebenfalls zur physikalisch-therapeutischen Abteilung gehöriger Saal mit zahlreichen, jetzt jedoch weniger benutzten Zanderapparaten sowie ein Turnsaal mit verschiedensten Geräten. Ein durchgreifender *Umbau des Badehauses* ist in Vorbereitung.

Durch den im vorderen Teil des Zentralgebäudes gelegenen *Vorlesungssaal*, der Einrichtung für kinematographische Vorführungen enthält, gelangen wir wieder in den Schmuckhof zurück und besuchen das *Ambulatoriumgebäude*, in dessen Erdgeschoß sich die *Ambulatorien für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Augenkranke* und *Zahnkranke* befinden. Im 1. Stockwerk dieses Pavillons befindet sich die *klinische Abteilung* für *Hals-, Nasen- und Ohrenkranke*. Die

Abb. 14. Barackenkrankenhaus



Abb. 15. Abteilung für weibliche Haut- und Geschlechtskranke

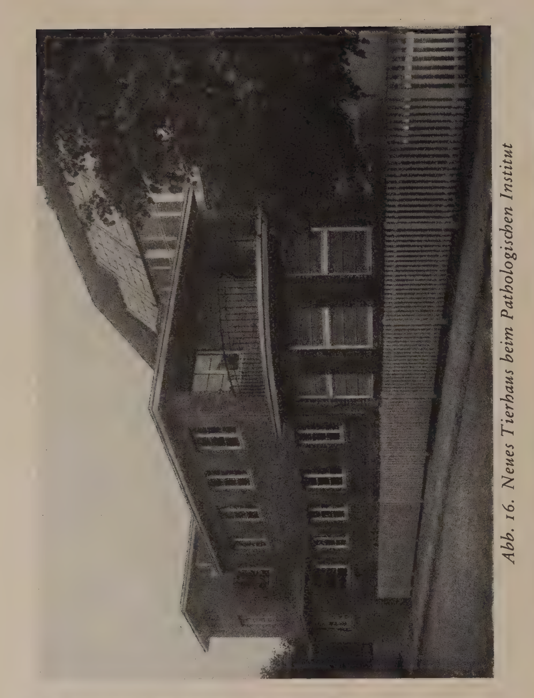


Abb. 16. Neues Tierhaus beim Pathologischen Institut

Abb. 17. Zahnärztliche Abteilung mit Schulzahnklinik

Abb. 18. Operationshaus

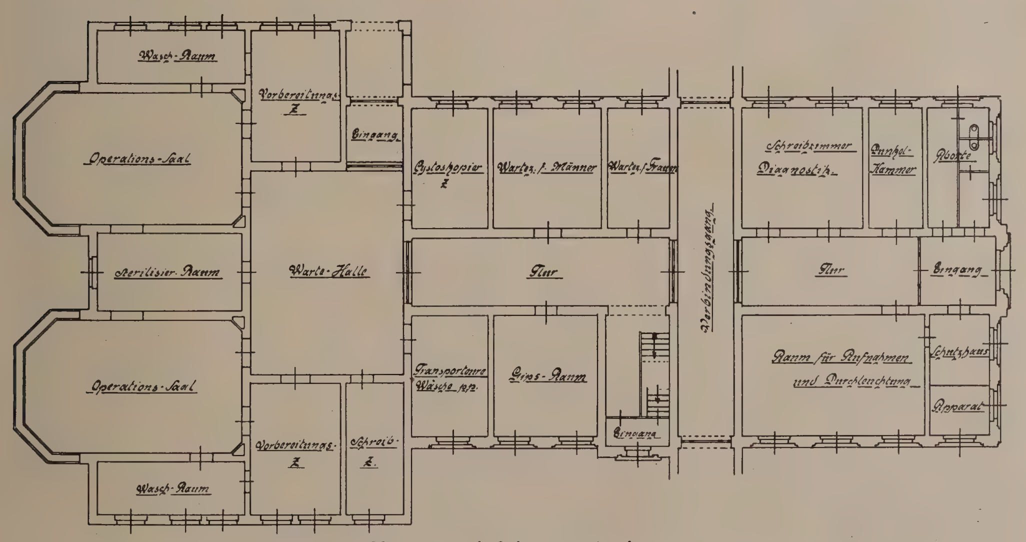


Abb. 19. Grundriß des Operationshauses

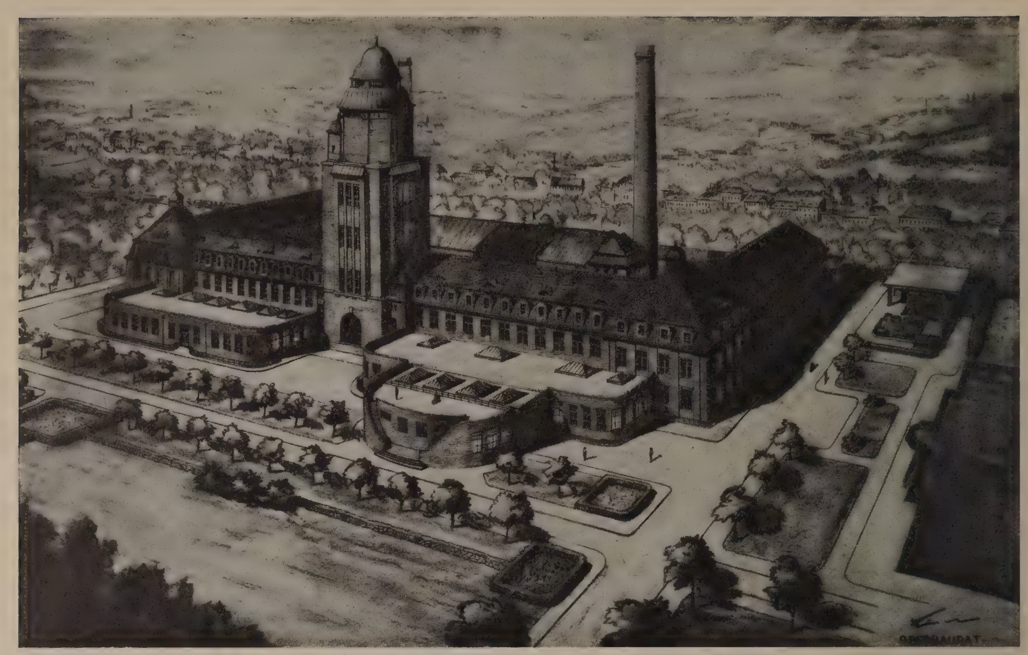


Abb. 20. *Wirtschaftsgebäude mit Erweiterungsbauten*

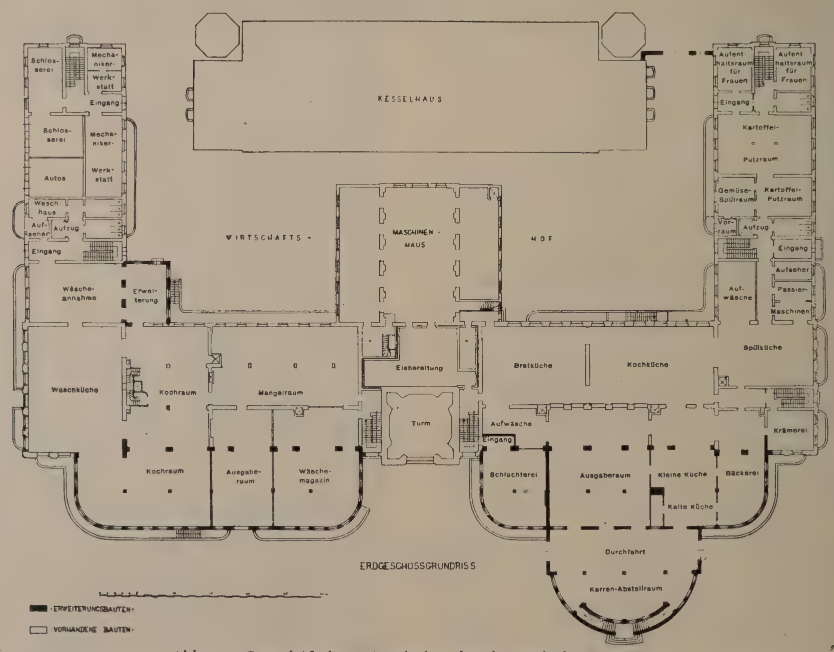


Abb. 21. *Grundriß des Wirtschaftsgebäudes nach der Erweiterung*

klinische Abteilung für *Augenkranke* liegt im Erdgeschoß eines Pavillons der südlichen Hälfte. Die zahnärztliche Abteilung erhält ihre besondere Note dadurch, daß in ihr auch die systematische konservierende Zahnbehandlung einer größeren Anzahl von Volksschulen durchgeführt wird *(Schulzahnklinik)* (Abb. 17).

Am Südrande des Krankenhauses, der Straße Hartzloh entsprechend, liegen zwei Pavillons, in deren oberen Stockwerken männliche bzw. weibliche *Lungentuberkulöse* untergebracht sind. Ihnen sind nach Süden besondere *Liegehallen* angegliedert.

Die im Südosten gelegene männliche *Nervenstation,* die ursprünglich als psychiatrische Beobachtungsstation eingerichtet wurde, ist dadurch ausgezeichnet, daß sie kleinere Säle, schalldichte Einzelzimmer und gesicherte Räume zur vorübergehenden Unterbringung erregter Kranker hat. Die Gesamteinrichtung ist nach Möglichkeit den nervenärztlichen Bedürfnissen angepaßt. Die entsprechende weibliche Abteilung ist in einem Pavillon der nördlichen Hälfte (M 3) untergebracht.

Wir wenden uns nunmehr zu den *chirurgischen Abteilungen* und der *gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung.* Letzterer stehen drei Pavillons zur Verfügung, in denen kleinere und größere Operationsräume sowie ein Kreißsaal vorhanden sind. Wegen der zunehmenden Beanspruchung ist ein durchgreifender Umbau dieser Abteilung geplant. Für die chirurgischen Abteilungen ist ein *Operationshaus* (Abb. 18 und 19) mit zwei großen Operationssälen und den entsprechenden Vorbereitungs- und Nebenräumen (demnächst auch für Röntgendiagnostik) vorhanden. Durch Korridore steht das Operationshaus nur mit zwei Krankenstationen in *Verbindung.* Zu den übrigen Krankenstationen müssen die Patienten vor und nach der Operation durch Krankenwagen transportiert werden, eine Methode, die sich bisher durchaus bewährt hat.

Vom Operationshaus wenden wir uns einer Besichtigung der *wirtschaftlichen* und *technischen Einrichtungen* zu. Diese sind an der Ostfront — Fuhlsbütteler Straße — im *Wirtschaftsgebäude* (Abb. 20) und im *Kessel- und Maschinenhause* untergebracht. In der Mitte des Wirtschaftsgebäudes erhebt sich der *Wasserturm,* der die selbständige Zentralwasserversorgung des Krankenhauses reguliert.

Im Wirtschaftsgebäude findet sich die *Zentralküche,* bestehend aus der *Dampfkochküche* mit 16 Kochkesseln von je 350 bis 800 Liter Inhalt und der *Bratküche.* Außerdem ist im Wirtschaftsgebäude die *Wäscherei* mit den üblichen maschinellen Einrichtungen untergebracht. Im Kessel- und Maschinenhaus liegt die *Hochdruckdampfkesselanlage,* mit Hilfe derer das gesamte Krankenhaus mit *Zentralheizung* und *Warmwasser* versorgt wird. Vorhanden sind zehn Doppelkessel, außerdem die *elektrische Kraftzentrale,* die das Krankenhaus mit Elektrizität versorgt.

Da das Wirtschaftsgebäude, nachdem das Krankenhaus von ursprünglich 1600 Betten inzwischen auf 2400 angewachsen ist, den an seine Räume und Einrichtungen zu stellenden Anforderungen nicht mehr genügt, wird es zur Zeit durchgreifend umgebaut. Die *baulichen Erweiterungen* (Abb. 21) erstrecken sich auf die Waschküche, die Wäscheausgabe, das Wäschemagazin und den Werkstättenbetrieb im Nordflügel, auf den Küchenbetrieb mit Ausgaberäumen, die Schlachterei, die kleine und kalte Küche sowie die Bäckerei, eine besondere Geschirraufwäsche für die Bratküche, Personalräume und einen Karreneinstellraum im Südflügel.

Wir beschließen unsern Rundgang mit einer Besichtigung der *sportlichen Einrichtungen* für Kranke sowie Ärzte und Krankenpflegepersonal.

Um die Leibesübungen der Therapie im Krankenhause nutzbar zu machen, ist seit Januar 1927 eine *Sportabteilung für männliche und weibliche Kranke* eingerichtet worden. Zu diesem Zwecke wurde eine vor dem Haupteingang am Rübenkamp gelegene Wartehalle (Abb. 22) herangezogen. Im Frühjahr 1928 wurde ein *Sportplatz* (Abb. 23) im Freien am Südrande des Krankenhauses angelegt. Die Übungen finden für männliche und weibliche Patienten (Abb. 24 bis 26), denen eine leichte sportliche Kleidung zur Verfügung gestellt wird, getrennt statt. Sie werden von einem Assistenzarzt bzw. einer Assistenzärztin geleitet, die sportlich und turnerisch vorgebildet sind. Die Dauer der täglichen Übungen beträgt eine halbe bis eine Stunde. Im Anschluß wird von den Patienten ein Brausebad genommen. Es stellte sich sehr bald heraus, daß die männlichen wie weiblichen Kranken der verschiedensten Altersgruppen, die selbst bis dahin meist nicht sportlich tätig gewesen waren, gern an den Leibesübungen teilnehmen, so daß sich schon jetzt die morgendliche Übungsstunde großer Beliebtheit erfreut. Das Vorhandensein einer solchen Abteilung wird sich sehr bald dahin auswirken, daß der Sinn für naturgemäße Lebensweise bei den Kranken gehoben wird und so das Krankenhaus mehr noch als bisher als hygienischer Erzieher wirkt. Ein vorläufiger Bericht über Einrichtung und Arbeit der Sportabteilung wurde vom ärztlichen Direktor in der Klinischen Wochenschrift 1927, Nr. 32, gegeben.

Um auch den Wert regelmäßiger Leibesübungen dem *Krankenpflegepersonal* zugute kommen zu lassen, ist auf dem Krankenhausgelände ein *Tennisplatz* (Abb. 27) eingerichtet worden, nachdem ein



Abb. 22. Turnhalle



Abb. 23. Freier Platz für Freilichtturnen



Abb. 24. Männliches Krankenturnen



Abb. 25. Männliches Krankenturnen



Abb. 26. Weibliches Krankenturnen



Abb. 27. Tennisplatz für das Schwestern- und Pflegepersonal

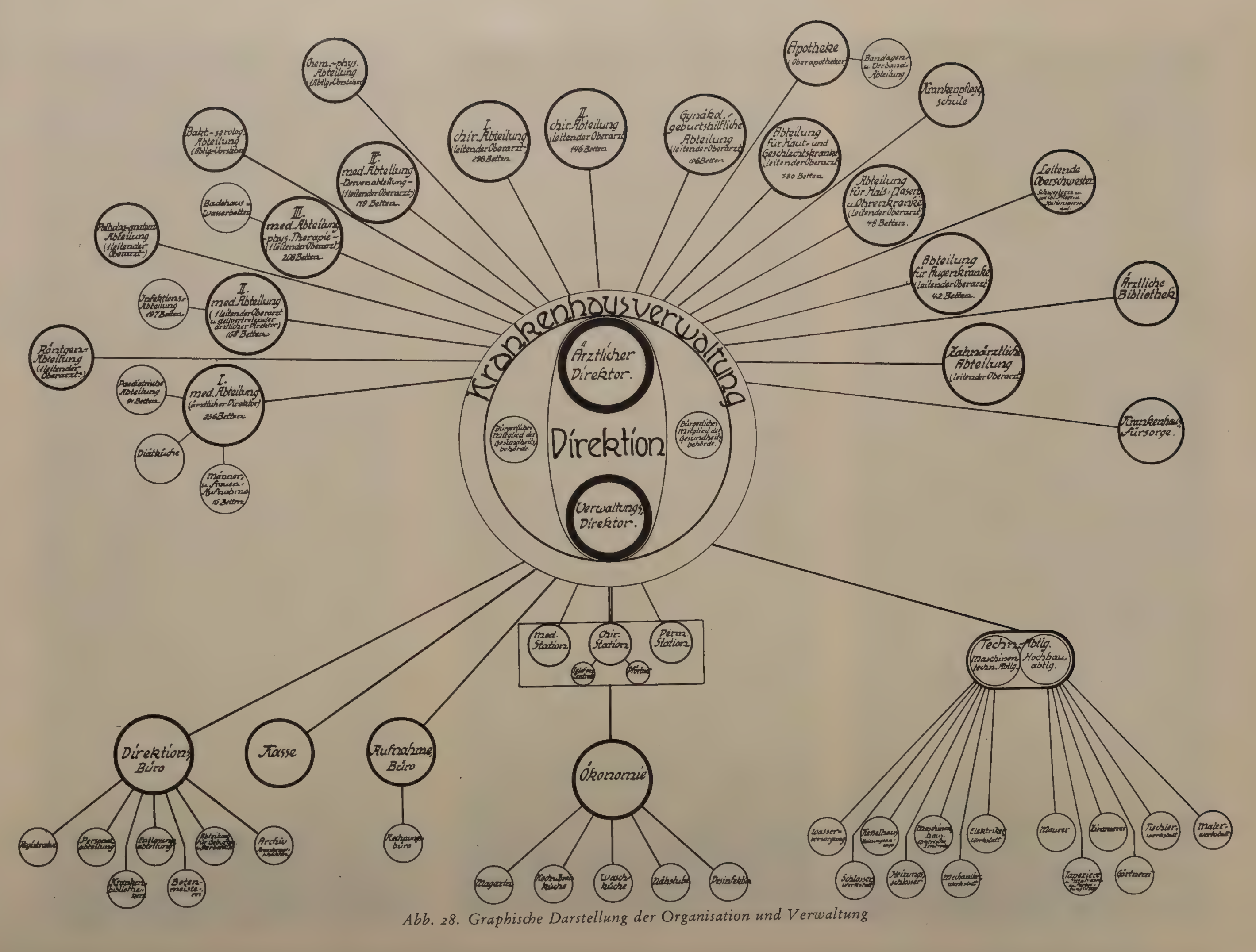


Abb. 28. Graphische Darstellung der Organisation und Verwaltung

Erläuterungen
zur graphischen Darstellung auf Seite 178

Das gesamte Personal:	
Beamte (darunter 3 Ärzte, Chemiker und 1 Apotheker)	52
Ärzte	64
Apotheker (darunter 1 Sek.-Apotheker)	6
Medizinalpraktikanten (40 Stellen)	2
Sonstige Angestellte	96
Schwestern	175
Männliches Pflegepersonal	111
davon geprüft 98, ungeprüft 13	
Weibliches Pflegepersonal	295
davon geprüft 173, ungeprüft 122	
Arbeitspersonal:	
Männliches gelerntes und angelerntes	151
Männliches ungelerntes	176
Weibliches (Stations- und Küchenpersonal)	319
Sonstiges Personal:	
Masseure, Kochlehrlinge, Elevinnen usw.	34
Gesamtsumme	1481
Bettenzahl: Normalbelegung	2400
Höchstbelegung	2650

solcher für die *Ärzte* der Anstalt schon seit längerer Zeit vorhanden war. Die sportliche Betätigung des Krankenpflegepersonals wird auch sonst in jeder Weise gefördert!

Der *ärztliche* und *wissenschaftliche Betrieb* verteilt sich wie folgt. Es sind vorhanden zwei Abteilungen für innerlich Kranke, verbunden mit einer Infektionsabteilung und einer pädiatrischen Station, eine Abteilung für Nervenkranke, eine Abteilung für physikalische Therapie, zwei Abteilungen für chirurgische Kranke, eine gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung, eine Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke, eine Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, eine Abteilung für Augenkranke, eine Abteilung für Zahnkranke, die Röntgenabteilung, die pathologisch-anatomische Abteilung, die bakteriologisch-serologische Abteilung, die physiologisch-chemische Abteilung und die Apotheke. An der Spitze der einzelnen Abteilungen stehen *leitende Oberärzte* beziehungsweise ein leitender Chemiker und ein Oberapotheker.

Die derzeitige Verteilung der Betten auf die einzelnen Abteilungen ergibt sich aus folgender Übersicht. Dabei wird bemerkt, daß es sich nur um runde Zahlen handelt. Je nach den auftretenden Bedürfnissen ist eine Verschiebung möglich.

Abteilung		Zahl	
1. Medizinische Abteilung mit pädiatrischer Abteilung	etwa	330	Betten
2. Medizinische Abteilung mit Infektionsabteilung	„	400	„
3. Medizinische Abteilung (physikalische Therapie)	„	200	„
Übertrag	etwa	930	Betten



Abb. 29. Fürsorgezimmer

Abteilung		Zahl	
Übertrag	etwa	930	Betten
4. Medizinische Abteilung (Nervenabteilung)	„	180	„
1. Chirurgische Abteilung	„	300	„
2. Chirurgische Abteilung	„	150	„
Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung	„	200	„
Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke	„	550	„
Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke	„	50	„
Abteilung für Augenkranke	„	40	„
Abteilung für Zahnkranke	„	—	„
Summa	etwa	2400	Betten

Die rein verwaltungsmäßigen, wirtschaftlichen und technischen Angelegenheiten unterstehen dem



Abb. 30. Plakat der Krankenhausfürsorge

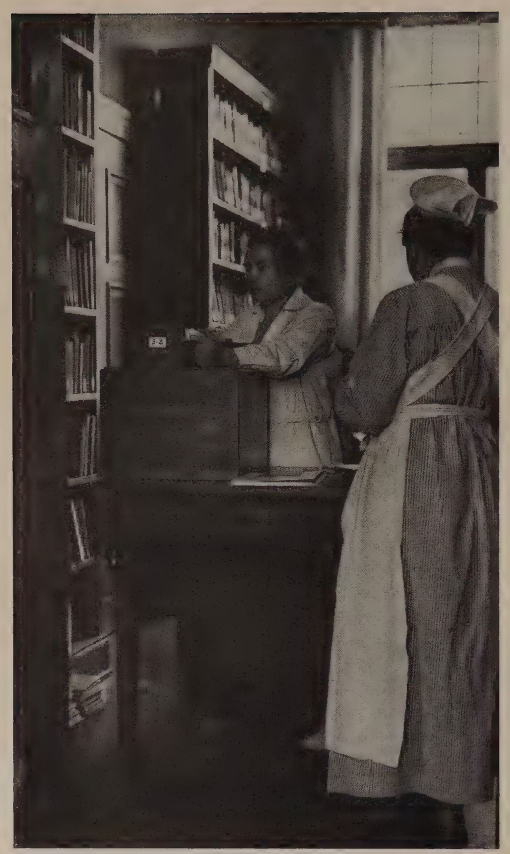


Abb. 31. Krankenbibliothek

Verwaltungsdirektor, dem für die einzelnen Betriebe beamtete Inspektoren zur Seite gestellt sind. Die *Leitung* des Krankenhauses liegt in Händen des *ärztlichen Direktors.* Der engeren Verwaltung gehören zwei von der vorgesetzten Gesundheitsbehörde entsandte *bürgerliche Mitglieder* an. Die gesamte Organisation ergibt sich aus der graphischen Darstellung (Abb. 28).

Ein großes Krankenhaus ist der sprechende Beweis dafür, daß die Belange der Gesundheitsfürsorge über die Leistungen des ärztlichen Fachmannes als solchen hinausgehen. Neben einem Stab geschulter ärztlicher Fachleute ist der Betrieb einer Krankenanstalt abhängig von dem Vorhandensein eines gut ausgebildeten *Krankenpflegepersonals*, einer zuverlässig arbeitenden *Verwaltung* sowie allen Ansprüchen genügenden *technischen* und *wirtschaftlichen* Organisationen. Aus den gemachten Erfahrungen heraus hat man sich dazu entschlossen, nicht nur von der im Krankenhause arbeitenden Schwesternschaft die Ablegung der staatlichen *Krankenpflegeprüfung* zu verlangen, sondern sämtliche Personen, die sich mit der Krankenpflege beschäftigen — ob männlich oder weiblich —, der gleichen Ausbildung und Prüfung zu unterwerfen. Aus dem geschichtlichen Werdegang des hamburgischen Krankenhauswesens heraus haben sich nebeneinander, nicht immer zum Vorteil des Betriebes, die Schwesternschaft, die Pflegerinnen- und Pflegerschaft entwickelt, letztere allerdings nur soweit, als bei den besonderen Verhältnissen des Krankenmaterials Männerpflege beansprucht werden muß. Die Pflegerinnen unterscheiden sich von den Schwestern nur noch durch das Anstellungsverhältnis. Die Schwestern werden von einem privaten Verein in ihrer Gesamtheit der Anstalt zur Verfügung gestellt, während die Pflegerinnen sich im direkten Anstellungsverhältnis zur Anstalt befinden. Die *Krankenpflegeschule* zur Ausbildung des neu eingetretenen Personals spielt eine wichtige Rolle, sie ist einem in der Ausbildung des Pflegepersonals besonders erfahrenen Arzt unterstellt.

Neben den rein ärztlichen, technischen und wirtschaftlichen Belangen ist es ferner von besonderer Bedeutung für den Betrieb eines allgemeinen Krankenhauses, eine *verwaltungsmäßige soziale Fürsorge* einzurichten. Erfahrungsgemäß verteilen sich nach ihrer sozialen Zusammensetzung die Patienten so, daß etwa 50 v. H. der Kranken der Versicherungspflicht unterliegen, etwa 40 v. H. von der Wohlfahrtsbehörde als unbemittelte Personen betreut werden und nur 10 v. H. als Selbstzahler anzusehen sind, die sich auf die verschiedenen Klassen verteilen.



Abb. 32. Radioanlage

Diese Zusammensetzung des Patientenmaterials bedingt es ohne weiteres, daß durch die Unterbringung im Krankenhause als solche für die einzelnen Kranken bei weitem nicht alle Schwierigkeiten behoben sind. Die Fürsorge für einen Arbeiter, der nach einem Unfall von der Arbeitsstelle direkt ins Krankenhaus geschafft wird, dessen Frau herzleidend ist oder sich in einem vorgerückten Monat der Schwangerschaft befindet, ist nicht damit erledigt, daß er selbst in einer Krankenstation untergebracht wird und die Familie durch ein Telegramm oder einen Boten von dem geschehenen Unglück in Kenntnis gesetzt wird. Ein anderer Arbeiter, der eine vielköpfige Familie zu ernähren hat, ist keinesfalls aller Sorge behoben dadurch, daß er in einer Tuberkulosestation untergebracht wird und seine Familie das ihr zustehende Hausgeld seitens der Krankenkasse erhält. Einer Frau, die infolge einer plötzlichen Unterleibsblutung aus ihrem Haushalt herausgerissen wird, ist nicht nur mit einer Operation geholfen. Ein junges Mädchen, das wegen einer Geschlechtskrankheit aufgenommen wurde, kann nicht nach eingetretener Heilung stellen- und obdachlos entlassen werden. Dergleichen Beispiele ließen sich eine große Anzahl aufführen. Das allen Gemeinsame ist, daß bei männlichen wie weiblichen, jugendlichen wie älteren Patienten nicht nur auf die Heilung oder auf die Betreuung der Erkrankung allein geachtet werden darf, sondern daß auch die Beziehungen des einzelnen Patienten zur Außenwelt sorgsamst geprüft werden müssen. Bereits vor dem Kriege hat man begonnen, einer sozialen Befürsorgung der Kranken neben der ärztlichen Behandlung vermehrte Beachtung zu schenken, und hat Organisationen für soziale Krankenhausfürsorge geschaffen. In unserm Krankenhause wird dem Ausbau der *sozialen Krankenhausfürsorge*, die zur Zeit vom Landesverein des Roten Kreuzes betrieben wird, in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Krankenhausfürsorgerinnen arbeiten in engster Anlehnung an die Krankenhausverwaltung, die durch Erledigung aller verwaltungsmäßig zu besorgenden Angelegenheiten die Fürsorgepersonen entlastet und so die Aufwendung ihrer ganzen Arbeitskraft für die soziale Befürsorgung ermöglicht. Den Fürsorgerinnen ist ein besonderer *Dienstraum* (Abb. 29) zugeteilt. Ein besonders beauftragter Beamter der Verwaltung steht in dauernder Verbindung mit ihnen. Sowohl das ärztliche wie das Krankenpflegepersonal ist eingehend instruiert über die Aufgaben der Krankenhausfürsorge. In sämtlichen Krankensälen und Krankenräumen befindet sich ein *Plakat* (Abb. 30), das auf die Krankenhausfürsorge hinweist. Einen einführenden Bericht über die Krankenhausfürsorge erstattete der ärztliche Direktor 1926 in Heft Nr. 8 *der Blätter des Deutschen Roten Kreuzes.*

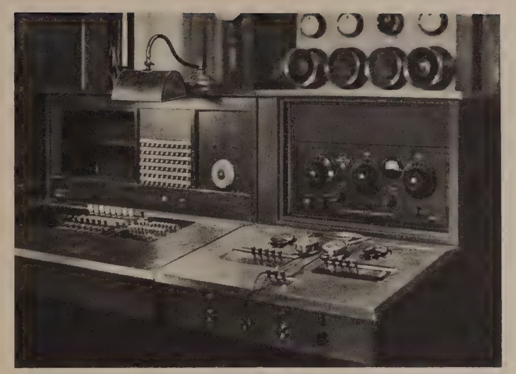


Abb. 33. Zentralempfangsstation der Radioanlage

Im Anschluß hieran sei die im Jahre 1925 erfolgte Einrichtung einer *sozial-ärztlichen Auskunftsstelle* erwähnt (vgl. Bericht des ärztlichen Direktors in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1925, Nr. 15). Die zunehmende Bedeutung und der wachsende Umfang der sozialen Medizin bedingt, daß der Arzt sich neben seiner diagnostischen und therapeutischen Ausbildung auch über die wichtigsten Fragen auf dem Gebiete der sozialen Medizin orientiert. Aus dieser Kenntnis heraus ist im Allgemeinen Krankenhause Barmbeck eine sozial-ärztliche Auskunftsstelle eingerichtet worden. Die Einrichtung besteht nunmehr seit über drei Jahren. Sie hat sich bisher in jeder Weise bewährt. Da sie auch in Beziehung zur sozialen Krankenhausfürsorge steht, seien hier einige nähere Mitteilungen über sie gemacht. Die Auskunftsstelle ist der Verwaltung, und zwar dem Direktionsbureau angegliedert. Sie wird von dem Verwaltungsoberinspektor geleitet, der dadurch, daß er die sehr umfangreichen Angelegenheiten des gesamten Krankenhauspersonales sowie der Kranken zu bearbeiten hat, in der Verwaltungstechnik sowie in der sozialen Gesetzgebung sehr bewandert ist. Ihm steht eine gute Handbibliothek zur Verfügung, in der die zweckmäßigsten Kommentare und sonstigen Schriften über die in Betracht kommenden Gebiete vorhanden sind. Daneben kommen ihm alle Gesetzblätter, Zeitschriften und dergleichen, die vom Krankenhause gehalten werden, zu Gesicht, so daß er die gesamte Literatur über die soziale Gesetzgebung ständig verfolgen kann. Können die gestellten Fragen nicht ohne weiteres beantwortet werden, so werden einzelne Beamte des Direktionsbureaus oder der Personalabteilung mit

der Bearbeitung beauftragt. Soweit notwendig, wird von den zuständigen Verwaltungsbeamten der in Betracht kommenden Fachbehörden und Einrichtungen (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Gesundheitsamt, Wohlfahrtsamt, Jugendamt, Polizeibehörde, Gerichte und Justizverwaltung, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Fürsorgestelle usw.), mit denen freundschaftliche Beziehungen gepflegt werden, nähere und authentische Auskunft eingeholt.

Im Laufe der verflossenen drei Jahre hat sich immer mehr gezeigt, daß für diese Einrichtung ein großes Bedürfnis vorhanden war. Fast sämtliche leitende Oberärzte, Sekundärärzte und Assistenzärzte bedienen sich ihrer, Fragen aus den verschiedensten Gebieten wurden gestellt und beantwortet, in erster Linie aus dem Gesamtgebiete der Reichsversicherung (Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung), wie z. B., um nur einige anzuführen, Begriff der Krankheit, Vornahme von Operationen bei Ehegatten, Krankenhilfe, Taschengeld, Rentenverfahren, Berufskrankheiten usw. An weiteren Gesetzen und Gebieten kamen in Frage: Angestelltenversicherung, Reichsversorgungsgesetz, Zivilprozeßordnung, bürgerliches Gesetzbuch (Entmündigungsangelegenheiten, Bestellung von Pflegern und dergleichen), Strafgesetzbuch (Schweigepflicht), Herausgabe von Krankengeschichten, Gefährdetenfürsorge, Amtsvormundschaft, Seuchengesetzgebung, Ärzteordnung, Morbiditätsstatistik, Heilanstaltsstatistik, Todesbescheinigungen, Gebührenordnung, Gutachtenerstattung usw. Da auch die Auskunftsersuchen rein persönlicher Art den Ärzten gern und zuverlässig beantwortet wurden, erfreute sich die Auskunftsstelle besonderer Beliebtheit. So wurde über Miete- und Anstellungsverträge, Wohnungsangelegenheiten, Niederlassungsfragen, Steuerangelegenheiten, Prüfungen, Paßangelegenheiten und dergleichen authentische Auskunft gegeben oder, soweit notwendig, beschafft. Eine weitere Folge war, daß sich auch das Schwesternpersonal und die übrigen Krankenhauspersonen sowie die Krankenhausfürsorgerinnen gern der Einrichtung bedient haben. Sie hat wesentlich dazu beigetragen, daß die Ärzte, Schwestern, das Pflegepersonal, die Verwaltung und Fürsorgerinnen Hand in Hand arbeiten zum Wohle der Krankenhauspatienten und auch im eigenen Interesse.

Neben der ausgesprochen sozialen Fürsorge spielt im Krankenhausbetrieb die *seelische Fürsorge* für die Kranken eine nicht unbeträchtliche Rolle. Ein Teil der Patienten wird seiner Weltanschauung entsprechend des priesterlichen Zuspruchs der verschiedenen Konfessionen nicht entbehren wollen. Für die übergroße Mehrzahl der Patienten hat aber heutzutage diese kirchliche Befürsorgung nur noch eine untergeordnete Bedeutung. Es gilt darum, *Unterhaltungsstoff* an die Kranken heranzubringen, der nicht nur oberflächlich unterhaltend, sondern auch innerlich *vertiefend*, *erzieherisch* und *bildend* wirkt. Zu diesem Zwecke wird eine *Krankenbibliothek* (Abb. 31) unterhalten, über deren Inhalt der ärztliche Direktor informiert sein muß, da die Lektüre des Kranken ein Teil Therapie ist. Es ist selbstverständlich, daß diese Krankenbibliothek auch eine Abteilung für Kinder und Jugendliche enthält, in der gute, vom deutschen Jugendschriftenausschuß ausgewählte Bücher enthalten sind. Eine besondere Rolle in der seelischen Betreuung der Kranken beginnt der *Rundfunk* zu spielen. Hier sind es insbesondere die Musik und das gesprochene Wort, die an den Kranken herangebracht werden und ihn in eine behagliche Verbindung mit der Außenwelt bringen, zumal wenn das Programm des Rundfunks sich inhaltlich auf einer so ernsten künstlerischen Höhe hält, wie es zur Zeit bei der norddeutschen Sendergruppe, der Norag, der Fall ist. Wir haben in unserm Krankenhause zunächst auf den Abteilungen für chronisch Kranke (den Tuberkulosestationen und der Abteilung für Augenkranke und der Wasserbettenabteilung) Rundfunkanlagen mit *Kopfhörergeräten* für jedes einzelne Bett (Abb. 32) anlegen lassen. Die Radioanlagen sind dann bald weiter ausgebaut worden. Sie haben sich aus den kleinsten Anfängen so weit entwickelt, daß heute bereits 18 Krankenstationen angeschlossen sind. Während anfangs jeder Pavillon eine Antenne und ein eigenes Empfangsgerät hatte, wurde bereits im verflossenen Jahre der Empfang durch eine *zentrale Empfangsstation* (Abb. 33), die in der Fernsprechzentrale untergebracht wurde, vermittelt. Es wurden je zwei bis drei Pavillons unter Verwendung freier Fernsprechleitungen zu einzelnen Sendekreisen zusammengefaßt, die mit der Zentralsendestelle einzeln abschaltbar verbunden sind und den Vorteil bieten, Störungen zu beseitigen, ohne den gesamten Hörerkreis abzuschalten. Die hiesigen Radioanlagen sind mit verhältnismäßig geringen Mitteln entstanden. Bei dem Anschluß weiterer Pavillons an die Zentralsendestelle kommen nur noch die Kosten für die Hausinstallation in Frage.

Die oft in Einzelheiten gehende Schilderung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck möge einen Einblick gewähren in den Betrieb einer großen allgemeinen Krankenanstalt, die in *erster Linie der Krankenbehandlung gewidmet* ist und einen Ort der Genesung und der sozialen Fürsorge für die durch Krankheit in Not geratene Bevölkerung darstellt.

DIE STAATSKRANKENANSTALT FRIEDRICHSBERG

VON PROF. DR. PHIL. ET MED. W. WEYGANDT

WIE in den meisten Ländern, begann auch in Hamburg die Irrenfürsorge historisch mit der sicheren Verwahrung antisozial gewordener Geisteskranker. Hoch in einem Befestigungsturm der Stadtmauer richtete man im 14. Jahrhundert Räume für vier Irre her, die dort verpflegt und bekleidet wurden, ohne irgendeine ärztliche Hilfe. Diese sogenannte Tollkiste, Doorhenkiste oder Cista stolidorum lag zwischen Brookspforte am Ausgang der Brandstwiete und dem Katharinenkirchhof.

Im 16. Jahrhundert wählte man einen andern Stadtbefestigungsturm nahe dem vor dem Millerntor gelegenen Heiligen-Geist-Spital, von dem aus die Irren verpflegt wurden. Von 1683 ab brachte man die Geisteskranken im Pesthof zwischen Millerntor und Altona unter, woselbst auch Kranke, Blödsinnige, Senile und Arme, bis zu 900 Personen, aufgenommen wurden. Erregte Kranke wurden mit Ketten an das Bettlager gefesselt. Meist wurden Betten für je zwei Personen benutzt; gegen Mehrzahlung konnte ein Kranker ein kleines Zimmer bekommen. Es wurde geklagt über die niedrigen Krankensäle und über die Ausdünstung des um das Lazarett ziehenden Wassergrabens. Den Betrieb leitete ein Wundarzt und Speisemeister in einer Person, und dreimal wöchentlich sah ein Heilarzt nach dem Rechten.

Interessant ist, daß schon früh, so 1566, Beschwerden von Verwandten mancher Kranken wegen vermeintlich unangebrachter Einsperrung an den Rat gingen. Von 1729 liegt ein Bericht des *Dr. Lossau* über eine Gärtnerstochter *Jehnfels* vor, die mit jahrelanger Enthaltung der Nahrung und Stillstand der Entleerungen an die Therese Neumann von Konnersreuth erinnert, im übrigen sich beschuldigte, sie sei des Teufels, worauf vier Männer sie bewachten und der Küster vor ihrem Bett geistliche Lieder singen mußte.

Noch bis in das vorige Jahrhundert wurde jener Bau, zuletzt Krankenhof genannt, benutzt; 1810 beherbergte er 104 Irre und 36 Epileptische, doch wurde er am 2. Januar 1814 durch Niederbrennen ein Opfer der napoleonischen Gewaltherrschaft. Die Kranken wurden darauf notdürftig im Lombardgebäude in der Bastion Diedericus untergebracht. Neben einzelnen Versuchen, Privatinstitute für Geisteskranke zu errichten, erstand staatlich eine bessere vorläufige Unterkunft in dem 1823 eröffneten Krankenhause



Hauptgebäude



Haus 12 für gebrechliche Frauen

St. Georg, das in den Untergeschoßräumen Irre aufnahm. Schon 1825 empfahl Bürgermeister *Abendroth* die Errichtung eines getrennten Irrenhauses.

1834 stellte der Senat einen Antrag auf Errichtung einer Irrenanstalt vor dem Lübecker Tor, doch wurde er von der Bürgerschaft abgelehnt. Darauf wurde 1840 der heute noch benutzte Platz in Barmbeck gekauft. Nach mehreren Bauplänen und manchen Erörterungen, an denen sich auch die hervorragendsten Psychiater Deutschlands beteiligten, wurde endlich 1860 eine Baukommission eingesetzt. Ende 1861 wurde der Grundstein zur Irrenanstalt Friedrichsberg gelegt, und am 20. Oktober 1864 erfolgte ihre Übergabe an das Krankenhauskollegium. Die Unkosten betrugen 881 154 Mark Banko, die zum großen Teil durch Spenden und Legate aufgebracht waren. Am 17. Nov. 1864 traten die ersten Patienten ein.

Bedeutsam war, daß kurz vordem als Oberarzt für die Geisteskranken in St. Georg der am 28. Dezember 1827 geborene Psychiater *Dr. Ludwig Meyer* von der Irrenabteilung an der Charité in Berlin herberufen worden war. Dieser feurige Kopf entwarf großzügig und weitschauend die Grundlinien der Anstalt und trat energisch als Vorkämpfer der zwanglosen Behandlung auf. Den alten Bestand an Zwangsjacken ließ er öffentlich versteigern. Er lehnte vergitterte Fenster in Friedrichsberg ab und betonte stolz im ersten Jahresbericht von Friedrichsberg: „Unsere Irrenanstalt war die erste deutsche Anstalt, in deren Ausrüstung die Zwangsmittel keinen Platz erhalten haben."

Nach Weggang des ausgezeichneten Organisators übernahm *Dr. Wilhelm Reye* die Leitung, die er unermüdlich 42 Jahre lang führte. Wir können drei hauptsächlichste Entwicklungsperioden unterscheiden: Die Zeit der von *Meyer* geplanten Bauten, zu denen das alte Hauptgebäude, das Frauenpensionat und 1866 auch der Zellenbau und später das Männerpensionat gehören. Die mittlere Bauperiode schuf die elf Pflegehäuser, zwei Villen für eine gehobene Klasse, zwei Baracken, ein Konzerthaus, mehrere Wirtschaftsgebäude und kleinere Anbauten. Mit der neuen Direktion 1908 wurde nach provisorischer Errichtung von zwei Baracken umfassender Umbau und Reorganisation durchgeführt.

Nachdem schon 1888 der Anfang der heutigen Anstalt Langenhorn erstanden war, wurde zwecks Vorbereitung eines Umbaues 1898 *Prof. Dr. Wollenberg* als 1. Oberarzt berufen, der ebenso wie sein Nachfolger, der 1901 eingetretene *Prof. Dr. Buchholz*, die Modernisierung Friedrichsbergs durch eingehende Umbaupläne eifrig förderte.

Die Frage, ob man nicht besser eine ganz neue Anstalt außerhalb der Stadt bauen solle, wurde



Ein offenes Haus für Nervenkranke (27)

dahin entschieden, daß doch die alte Anstalt umgebaut werde, denn vor allem die ältesten Bauten waren noch gut instand zu setzen, aber es war auch für die rasch wachsende Großstadt eine nahgelegene Aufnahmeanstalt von einigen hundert Betten unerläßlich. Auch die damals bereits aufgenommenen Kurse zu Zwecken der ärztlichen Fortbildung usw., wie auch der lebhafte Verkehr mit den Gerichten, sprachen dafür.

Mit der Übernahme der Direktion stellte *Prof. Dr. phil. et med. Wilhelm Weygandt* neue Pläne auf, die durch Oberbaudirektor *Prof. Dr. Schumacher* ausausgearbeitet wurden.

Die Anstalt liegt auf einem ungefähr quadratischen Gelände von 24,6 ha, das sich sanft dem von Wandsbek kommenden Flüßchen Eilbeck zuneigt. Im Mittelpunkt liegt das große Hauptgebäude, das ursprünglich die meisten Kranken, alle Bureaus, Kasse, Kirche, Wohnung des Verwalters und mehrerer Ärzte, sowie in Untergeschoßbauten die Küchen umfaßte. Der Vorderbau ist mit 150 m langer, nach Süden orientierter Front in der Mitte dreistöckig, an den Seiten zweistöckig; nordwärts erstrecken sich zwei Flügel von 63 m Länge. Gegenwärtig dient der Vorderbau nur noch im Erdgeschoß des Mittelbaues und in den Seitenteilen der Krankenunterbringung; auch zwei offene Stationen für psychisch-nervöse Kranke mit je 35 Betten und zahlreichen Untersuchungs- und Behandlungsräumen sind hier untergebracht. Alle übrigen Räume des großen Gebäudes dienen wissenschaftlichen Zwecken. Im 1. Stockwerk liegen über dem Haupteingang der Hörsaal, nahezu 100 Hörer fassend, daneben die Bibliothek und mehrere wissenschaftliche Räume. Im 2. Stock finden sich die Laboratorien. Ein Aufzug führt vom Untererdgeschoß durch alle Stockwerke.

Der Mittelanbau nach Norden enthält im Erdgeschoß die Apotheke (Dispensierstube) und das Röntgenlaboratorium, beide mit mehreren Nebenräumen; im Obergeschoß dieses Teiles findet sich die Anstaltskirche.

Die nordwärts gerichteten Seitenflügel des Hauptgebäudes enthalten in zwei Stockwerken je zwei Abteilungen, die für je 50 ruhige, meist beschäftigungsfähige Kranke bestimmt sind. Das Untererdgeschoß diente früher für Werkstättenräume und Magazin, jetzt vorwiegend für letzteren Zweck. Das gesamte zweite Obergeschoß im ganzen Vorderbau ist zu Laboratoriums- und Sammlungsräumen ausgebaut, die zum Teil auch bereits in die bislang unbenutzten Bodenräume der Seitenflügel übergreifen.

Inmitten des vom Hauptbau mit den Seitenflügeln umgrenzten Raumes liegt das neue Küchengebäude mit den wichtigsten Magazinen.

Luftaufnahme von Friedrichsberg



Versenkte Mauer am Garten des Hauses 8 für unruhige Frauen

Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, Lageplan

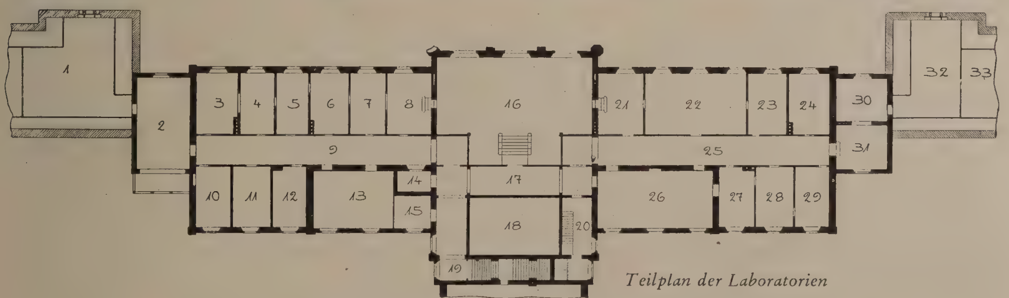
DEHNHAIDE

FRIEDRICHSBERGER STRASSE

EILBECKTAL

Erklärung:

1. u. 27. Offene Abteilg. für Männer.
2. Offene Abteilung für Frauen.
7. Haus für unruhige Männer.
8. Haus für unruhige Frauen.
9. Aufnahme für Männer.
10. Aufnahme für Frauen.
3. 5. 11. 13. 15. 17. 19. 21 u. 25 Behandlungshäuser für Männer.
4. 6. 12. 14. 16. 18. 20. 22. 24. 26 u. 28 Behandlungshäuser für Frauen.
23. Haus für Jugendliche.
29. u. 31 Männerpensionate.
30. u. 32 Frauenpensionate.
33. Verwaltungsgebäude.
34. Konzerthaus.
35. Wildgehege.
36. Teichanlage.
37. Direktorwohnhaus.
38. Pförtnerhäuschen.
39. Werkmeisterwohnhaus.
40. Leichenhaus.
41. Gewächshaus.
42. 43 u. 44 Werkstättengebäude.
45. Stallgebäude.
46. Gärtnereianlage.
47. Maschinen- u. Kesselhaus.
48. Wasserturm.
49. Waschhaus.
50. Beamtenwohnhaus.
51. Küchengebäude.
52. Aussichtshügel
53. Tennisplatz.
54. Oberarztwohnhaus
55. Operationshaus.
56. Kegelbahn.
57. Tierbaracke.



Teilplan der Laboratorien

Früher lag nordwärts vom Hauptgebäude der Zellenbau mit später angebauten Wachsälen für Unruhige. Schon seit 1908 wurden die Zellen andern Zwecken gewidmet, als Baderäume, Pflegerzimmer usw. Die in früheren Plänen festgelegte Idee, diesen unzeitgemäßen Bau durch Verbesserungen zu modernisieren, wurde aufgegeben, vielmehr wurde der ganze Zellenbau nach dem Grundsatze, daß Neu-



Hirschpark

aufwendungen für die Anstalt doch gerade den Schwerstkranken, den Erregten, zugute kommen müssen, vollständig beseitigt.

Das nördlich vom Hauptgebäude liegende Gelände, einst als Gemüsegarten dienend, zeigt jetzt im Halbkreis um gärtnerische Anlagen fünf der wichtigsten Neubauten für Krankenzwecke. Haus 7 und 8 dienen für unruhige Männer bzw. Frauen; Haus 9 und 10 sind Aufnahmeabteilungen für Männer bzw. Frauen; Haus 12 nimmt körperlich hinfällige geisteskranke Frauen auf, während die Männer letzterer Art in dem ähnlich gebauten, etwas abseits davon nach Osten zu gelegenen Haus 11 untergebracht sind.

Alle diese Gebäude sind als moderne Krankenhäuser gedacht, die allerdings in ihrer Anlage dem Spezialzweck angepaßt sind. Darum enthalten die Häuser 7 und 8 für unruhige Patienten vorwiegend kleine Wachsäle und reichlich Dauerbäder. Bei ihrer nord-südlichen Orientierung haben die meisten Räume Licht von zwei Seiten. Im Eingangskorridor liegt eine Reihe von Nebenräumen, Besuchszimmer, Teeküche, Magazin, Oberpfleger- und Pflegerzimmer, Dauerbadräume. Im Mittelteil finden sich vier mäßig große Wachsäle, ursprünglich für je sechs bis sieben Kranke gedacht, damit infolge der Zusammenlegung einer geringen Krankenzahl die gegenseitige Störung der erregten Kranken möglichst eingeschränkt werde. Leider haben die Heiznot und andere Umstände eine Überfüllung zur Folge gehabt, so daß zeitweise elf Kranke in einem solchen Raume untergebracht wurden. Weder hier noch in irgendeinem andern Anstaltsgebäude gibt es Fenstergitter, vielmehr ist durchweg das System der Drehfenster eingeführt, bei dem sich die Seitenflügel um ihre Vertikalachse drehen bis zu einem Winkel, der eine Flucht noch ausschließt. Zwischen dem zweiten und dritten Wachsaal gibt es ein ärztliches Untersuchungszimmer und Klosetts. In der nördlichen Hälfte der Häuser befinden sich wieder zwei jener kleinen Wachsäle, sowie ein großer Saal, dazu Badezimmer und Nebenräume. Im Untergeschoß ist auch eine Einzelzelle gebaut worden, das einzige Mal in der ganzen Anstalt; es ist ein luftiger Raum mit sehr großen, dickscheibigen Fenstern. Aber tatsächlich wird dieser Raum nicht zum Isolieren benutzt, vielmehr dient er als Geräte- oder Beschäftigungsraum, besonders für das Mattenflechten.

Die Bettstellen sind hier wie in den andern Neubauten nach einem von Friedrichsberg entworfenen Modell angefertigt, in dem die vier Hauptteile fest zusammengefügt sind, keine Kanten und Vorsprünge aufweisen und auch keine Gelegenheit zum Durchstecken von Körperteilen, Schlingen usw. bieten; als Matratze dient ein Rost aus starkem, engmaschigem Drahtgeflecht. Ursprünglich waren je fünf Dauerbad-Räume mit je drei Wannen aus englischer Fayence für Haus 7 wie für Haus 8 vorgesehen. Mehr als drei unruhige Kranke in einen Dauerbadraum zusammenzulegen, würde leicht zu Störungen führen, die von einer Pflegeperson allein nicht bewältigt werden können. Aus Sparsamkeit mußte der Dauerbadbetrieb leider etwas eingeschränkt werden.

Auf beiden Längsseiten der Häuser befinden sich geräumige Gärten mit unvergitterten Liegehallen, doch auch die oberen Stockwerke haben je eine Liegehalle, offen und unvergittert. Diese, wie auch die Hausgärten werden vom Frühjahr bis zum Spätherbst für Freiluftliegekuren benutzt. Als humanster Fluchtschutz sind versenkte Mauern hergestellt, die sich von der Sohle eines 1,75 m tiefen Grabens erheben und über der Erdoberfläche in ein 1,60 m hohes Drahtgitter übergehen (vgl. Seite 186).

Konzerthaus (34)



Haus für Jugendliche (23)



Operationshaus

Die Häuser 9 und 10 waren ursprünglich geplant für unruhige Kranke dritter (jetzt zweiter) Klasse. Da diese Gruppe von Kranken später sehr zurückgetreten ist, werden die frisch aufgenommenen Fälle der allgemeinen Klasse jetzt zunächst nach 9 oder 10 gefahren, wo sie von besonders geübten Ärzten untersucht und beobachtet werden, um später gegebenenfalls je nach ihrem Zustande in ein anderes Haus für unruhige oder für gebrechliche oder für arbeitsfähige usw. verlegt zu werden. Die Wachsäle sind zweckmäßigerweise klein. Es bestehen reichlich Nebenräume, was sehr wünschenswert ist, da ja die Einzeluntersuchung der Patienten hier besonders intensiv ist. Außer dem Stationsarzt, gewöhnlich einer der erfahrensten Abteilungsärzte, wirkt noch ein Assistenzarzt auf jedem Haus, und vielfach sind noch hospitierende Ärzte tätig. Der Garten ist eingefriedigt von brusthohem Drahtgitter sowie Wildrosenhecken.

Daß die Geschlechtsachse der ganzen Anstalt eine sehr verbogene Linie darstellt und zwischen dem Männeraufnahmehaus 9 und dem Haus für gebrechliche Frauen 12 nur eine geringe Entfernung besteht, hat noch keine Unzuträglichkeiten bewirkt.

Haus 11 und 12 sind gebaut als sogenannte Lazarette für körperlich gebrechliche Geisteskranke, insbesondere senile, apoplektische, auch paralytische und mannigfache hinfällige, vielfach in höheren Jahren stehende Kranke. Jedes der beiden Hauptstockwerke hat nach Ost und nach West je einen großen Wachsaal, von acht riesigen Fenstern belichtet und für 12—14 Betten bestimmt; infolge Überfüllung sind darin gelegentlich 20, selbst 22 Betten belegt gewesen. Es schließen sich an kleinere Krankenzimmer, Baderäume mit je vier Wannen, mannigfache Nebenräume. Nach Süden finden sich in jedem Stock zwei eingebaute, direkt vom Wachsaal aus betretbare Liegehallen. In der Mitte des Obergeschosses liegt ein stattlicher Tagesraum. An Stelle einer Treppe dient für die gebrechlichen Kranken eine Rampe. Der Garten von Haus 11 ist mit einem niedrigen Holzstaket, der von Haus 12 von niederem Drahtgeflecht und einer Wildrosenhecke umgeben.

Nahe der Peripherie des Geländes liegen die ganz offenen Häuser 27 und 28, die je 30 Kranke aufnehmen können und gedacht waren für ganz harmlose Psychisch-Kranke, vor allem für Rekonvaleszenten, die schon mehr der Freiheit und Außenwelt angenähert werden sollen. Das Frauenhaus, nahe dem Anstaltsaußengitter, ist mit solchen Fällen belegt, während das Männerhaus neuerdings zur offenen Nervenstation bezogen wurde.

Eine besondere Neuerung stellt das Jugendhaus 23 dar. Hier sollen Jugendliche unter eingehender ärztlicher und heilpädagogischer Beobachtung untersucht werden zur Feststellung, welche Versorgung für das spätere Leben als zweckmäßigste erscheint; insbesondere Fürsorgezöglinge, Leichtschwachsinnige, Epileptoide, Degenerierte usw. Ein Schulzimmer und ein Raum für Handfertigkeitsübungen sind im Betrieb. Außer einem Arzt ist noch ein Heilpädagoge in Tätigkeit. Nach Süden zeigt das Haus einen großen Ziergarten mit Teich und mit mehreren Beeten, die die Jungen selbst bestellen; nach Norden liegt ein großer Spielplatz mit Turngeräten, Kaninchenställen, Planschbecken, der aus Rücksicht auf Fluchtverdächtige mit einer versenkten Mauer umgeben ist.

Sämtliche Neubauten, doch auch der größte Teil der früheren Bauten, sind mit neuem Mobiliar ausgestattet.

Die 1909 eingeführten offenen Stationen (1, 2 und neuerdings 27) für psychisch-nervöse Kranke haben sich außerordentlich bewährt. Bei dem unleugbar großen Odium gegen die Anstalt von seiten der Hamburger Bevölkerung, das bei depressiven Kranken vielfach zum Aufschub der notwendigen



Durchblick auf Haus 7

Teichanlage im Park von Friedrichsberg



Denkmal von Ludwig Meyer und Wilhelm Reye



Aus dem anatomischen Laboratorium

Anstaltsaufnahme führt und dadurch unter Umständen Anlaß zur Ausführung eines Suicids gibt, ist es vielfach für die behandelnden Ärzte der Stadt wesentlich leichter, jemand zunächst in die offene Abteilung zu schicken, von wo im Falle, daß der Patient sich dafür nicht eignet, unschwer eine Weiterverlegung auf eine geschlossene Abteilung möglich ist. Es finden sich also unter dem interessanten, öfter wechselnden Material beginnende Psychosen, Präpsychotiker und Psychopathen, Epileptische und Schwachsinnige, Unfallkranke, Metencephalitiker, alle möglichen Psychoneurotiker, aber auch alle organischen Erkrankungen des Hirns und Rückenmarks, sowie periphere Nervenleiden. Die in diese Station Aufzunehmenden unterstehen nicht der Kontrolle der Aufnahme durch einen Gerichtsarzt, die bestimmungsgemäß bei den Psychisch-Kranken regelmäßig stattfindet.

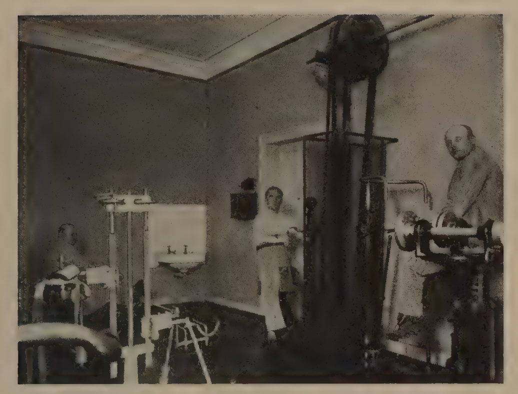
Die offenen Stationen 1 und 2 befinden sich in den Parterreräumen des alten Hauptgebäudes. Außer Wachsälen, kleineren Zimmern, auch solchen für je einen Kranken, finden sich auch Tagräume. Im Sommer pflegen die Kranken auf Liegestühlen in dem geräumigen, schattigen Abteilungsgarten zu ruhen. Ein Sonnenbad ist angegliedert.

In Verbindung mit dieser Station stehen noch verschiedene therapeutische Einrichtungen, die aber auch von den übrigen Kranken benutzt werden. Ein Zandersaal hat elektrisch betriebene Apparate für aktive und passive Bewegungen, Reitgelegenheit für Pferd- und Kamelgangart, Atemstuhl, Ruder- und Radfahrapparate usw. Auch als Vorstufe der Beschäftigungstherapie und zur Überwindung von Stuporresten kommen diese Übungen in Betracht. Andere Räume haben Vorrichtungen zu verschiedenartigen Bestrahlungen, Höhensonne, Lichtbäder, Elektrisierapparate usw. Auch ein Raum für einen wöchentlich die Anstalt aufsuchenden Augenarzt und für einen Ohren- und Kehlkopfarzt ist vorhanden.

Erwähnt sei, daß ein mit allen Erfordernissen ausgestattetes Operationshaus, mit Saal und den nötigen Nebenräumen, an einem der Pflegehäuser angebaut ist. Weiterhin besteht ein rege benutztes zahnärztliches Ambulatorium.



Aus dem serologischen Laboratorium



Medikomechanische Abteilung



Patientinnen beim Spitzenklöppeln

In den im Hauptgebäude sich nordwärts erstreckenden Seitenflügeln sind, wie erwähnt, je zwei Abteilungen für ruhige, harmlose Geisteskranke, allerdings auch mit einigen Wachsälen, ferner mit Beschäftigungsgelegenheit ausgestattet (Stationen 3, 4, 5, 6).

Zu den ältesten Teilen der Anstalt gehören die Pensionate für Männer (Haus 29, 31) und für Frauen (Haus 30, 32), mit kleineren Zimmern und hübschen Tagesräumen ausgestattet. Beide wurden bei der Reorganisation durch einen Seitenflügel erweitert, die im Erdgeschoß einen größeren, sehr lichtreichen Wachsaal, ein kleineres Krankenzimmer und zwei moderne Dauerbadzimmer zu je drei Wannen enthalten, im Obergeschoß einen gefällig ausgestatteten Konversationssaal und drei kleinere Zimmer, deren Fenster nach dem Park gerichtet sind. Eine Rampe führt in den geräumigen Garten, in den sich die Abteilungen noch mit zwei Veranden öffnen. Auf der Frauenseite ist dieses sogenannte Pensionat noch gut belegt, allerdings nicht mehr wie früher mit Kranken der zwei obersten Verpflegungsklassen. Die oberste Klasse (A) ist nur noch ausnahmsweise vertreten, die folgende (1. Klasse) nur wenig, meist sind es Kranke der nächsten Stufe (2. Klasse).

Auf der Männerseite ist jedoch der Andrang wesentlich geringer, was sich aus der Not erklärt, die eine Familie betrifft, wenn der Ernährer krank wird. Hier dient nur der Neubauflügel und ein Teil des Altbaues den Kranken 1. und 2. Klasse, während der übrige Teil mit Kranken der allgemeinen (3.) Klasse belegt ist.

Zwei gefällige Häuser (sogenannte Pavillons) dienen für je 30 ruhige Kranke (Haus 19 und 26).

Im östlichen Teil des Geländes stehen noch 11 Pflegehäuser von etwas bescheidenerer Einrichtung, die immerhin für chronisch Kranke noch ausreichend verwendbar sind.

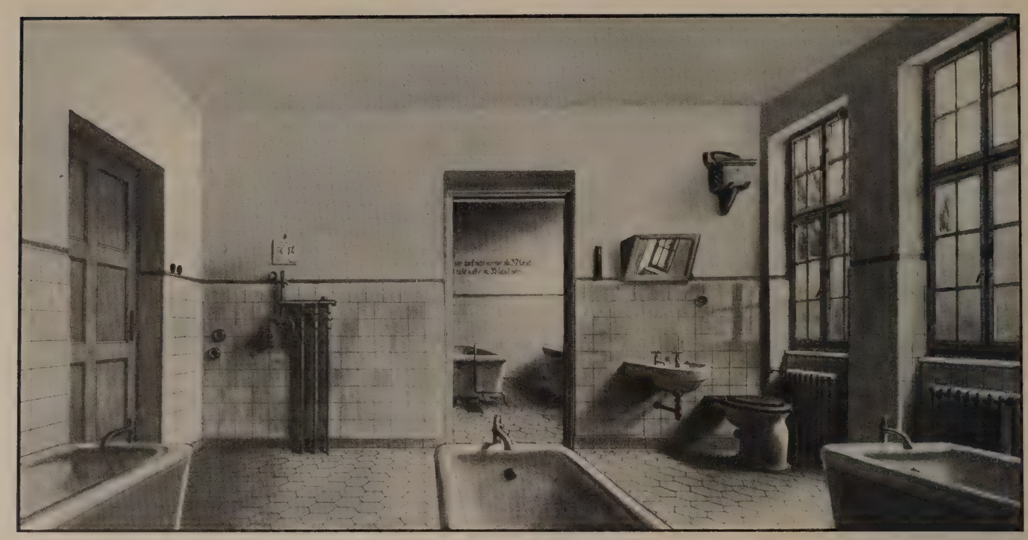
Das Leichenhaus enthält einen geräumigen Seziersaal, eine Kapelle, sowie unterirdische Leichenkammern mit Kohlensäure-Kühlanlage und Leichenaufzug.

Die gesamte Anstalt erhielt mit der Reorganisation eine Erneuerung ihrer technischen Einrichtungen.

1913 wurde die neue Dampfkesselzentrale (47) in Betrieb genommen, die den Dampf durch Fernheizkanäle von etwa 2,5 km Länge in die verschiedenen Gebäude schickt, sowohl in die Krankenhäuser wie auch in die Küche, Wäscherei usw. Der größte Teil der Kanäle ist 2 m hoch und 1,5 m breit; ein Teil ist nur bekriechbar mit 1,2 m Höhe. Die erwähnten Pflegehäuser, einige Ärztewohnungen usw. wurden erst später an die Zentrale angeschlossen und gleich den übrigen Bauten mit Niederdruckdampfheizung ausgestattet, weiterhin mit Warmwasserleitung und elektrischem Licht von 110 Volt Spannung. Eine große Anzahl von Elektromotoren



Planschbecken beim Jugendhaus



Dauerbaderäume Haus 30

für Küche und Schlachterei, Kühlmaschinen, Wäscherei, Aufzüge, Werkstattzwecke, werden mit 220 Volt gespeist, ebenso die Röntgenanlage, die wissenschaftlichen Zentrifugen und sonstige Apparate, Epidiaskop, Projektionsapparate, der kinematographische Vorführungsapparat usw.

Das Küchengebäude (51) enthält die Dampfkochküche mit 14 Dampfkochkesseln von 150 bis 1100 Liter Fassung, aber auch Bratherd und -röhren mit Gasbetrieb, ferner große Wärmtische. Nordwärts davon liegt die ebenso große Gasküche, in der die Kost für Ärzte und Pflegepersonal, für Kranke der oberen Verpflegungsklassen und für Diätkranke bereitet wird. Sie enthält zwei große Gasherde, 24 Gasbratöfen, drei Dampfkochtöpfe von je 200 Liter Inhalt und zehn dampfgeheizte Kippkessel, sowie eine Reihe elektrisch betriebener Küchenmaschinen. Jede der beiden Küchen hat zwei Essenausgaben, eine für die Männer- und eine für die Frauenseite, mit ausgedehnten Wärmtischen. Im Keller findet sich eine Kühlanlage für Fleisch und Milch. An die Dampfküche schließt sich die Schlachterei an. Die Obergeschosse enthalten die Ökonomiebureaus und große Magazine.

Die Wäscherei (49) enthält vier große und zwei kleine Trommelwaschmaschinen, sechs Zentrifugen, zwei Dampfmangeln, eine Kaltmangel, einen Kulissen- und einen Kettentrockenapparat, eine Handwäscherei und eine elektrische Handplätterei.

Das städtische Wasserrohrnetz liefert Wasser, das den Hochbehälter des Wasserturms (48) speist.

Alle Unterhaltungs- und Ausbesserungsarbeiten werden von der Anstalt durch Regiepersonal in eigenen Werkstätten ausgeführt. Ein großes Werkstättengebäude (43), neuerdings erweitert, und ein kleines (42) sind in Betrieb, dazu ein Ökonomie- (45) und ein Gärtnereischuppen (44). Auch für Tapezierer, Klempner, Schneider, Schuhmacher, Buchbinder usw. bestehen Werkstätten, in denen Kranke beschäftigt werden.

Das neue Verwaltungsgebäude (33) liegt in der Mitte der Südfront. Es enthält Verwaltungs- und Kassenräume, Konferenzsaal, Räume für den ärztlichen Direktor und den Verwaltungsdirektor, sowie Zimmer für poliklinische Zwecke. Im Obergeschoß ist die Wohnung des Verwaltungsdirektors, eine Reihe von Wohnungen für ledige Ärzte und ein geräumiges Ärztekasino mit anschließendem größeren Saal.

Ein Konzerthaus (34) mit Balkon und Seitenhallen enthält eine mit allen technischen Erfordernissen ausgestattete Bühne und Einrichtungen für Kinovorführungen. Außer Unterhaltungsabenden mit Theaterstücken, Konzerten, Kleinkunst, Kinovorführungen und Tanz finden hier auch wissenschaftliche Versammlungen statt.

Der Gärtnerei angegliedert sind einige Treibhäuser (41), darunter eine in Eisenbeton und Glas ausgeführte Wandelhalle von 9,20 m Höhe und 148 qm Fläche. Angebaut sind Ställe für empfindliche Versuchstiere wie Affen und Meerschweinchen, während noch an andern Parkstellen sonstige Tierställe für wissenschaftliche Zwecke untergebracht sind.

Das Gesamtgelände war von vornherein außerordentlich geschickt im englischen Parkstil angelegt.



Aus dem anatomischen Laboratorium



Tischlerwerkstätte



Gasküche



Dampfküche

Es ist gelungen, trotz aller Erweiterungsbauten den Parkcharakter im wesentlichen zu erhalten. Mit seinen prächtigen Baumgruppen, seinen zahlreichen blühenden Bäumen, wie auch vielen immergrünen Pflanzen bietet der Anstaltspark ein ganz wesentliches Stück Therapie für psychische und Nervenkranke.

Nach dem Durchschreiten des Verwaltungsgebäudes trifft der Blick auf eine Pergola-Anlage, in der rechts und links von einem Brunnen die Büsten der beiden ersten Direktoren der Anstalt, *Professor Dr. Ludwig Meyer* und *Wilhelm Reye*, aufgestellt sind. Nach Südwesten ist eine Teichanlage (36), die zahlreiche Wasservögel beleben. Ostwärts ist ein geräumiges Wildgehege. Außer mehreren kleinen Bodenerhöhungen liegt im Nordosten ein fast 20 m hoher Aussichtshügel (52), als Alpinum bepflanzt. Im Ehrenhof zwischen den fünf großen Neubauten findet sich eine Originalplastik „Hirn und Psyche" von Bildhauer *Kunstmann*. An einer Parkstelle erhebt sich ein Gedenkstein für die 42 im Weltkriege für das Vaterland gestorbenen Angehörigen der Anstalt. Im Südosten findet sich ein Denkzeichen, Bronzebildnis-Plakette auf riesigem Findlingsblock, für den verstorbenen Oberarzt *Professor Dr. Buchholz*.

An der Spitze steht der ärztliche Direktor. Ihn unterstützen in der Überwachung des ärztlichen Dienstes drei leitende Oberärzte.

Als rein theoretische Stellen sind errichtet die des Prosektors und die des Serologen. Der Stationsdienst wird ausgeübt von fünf Abteilungsärzten mit Beamteneigenschaft und zwölf Assistenzärzten, während ein weiterer Assistenzarzt im serologischen Laboratorium tätig ist.

Dem Verwaltungsdirektor unterstehen neben den entsprechenden Bureauabteilungen der Wirtschaftsdienst, der technische Betrieb und das Gartenwesen der Anstalt. Der gesamte Bureaudienst ist insonderheit einem Bureauoberinspektor unterstellt, während der Wirtschaftsdienst von einem Wirtschaftsoberinspektor und der technische Betrieb von einem technischen Beamten für Hochbau und einem technischen Beamten für Heizungs- und Maschinenwesen beaufsichtigt werden. Für die besondere Leitung des Gartenwesens ist ein Obergärtner vorhanden.

Die Krankenpflege wird ausgeübt von 302 Pflegern, 271 Pflegerinnen, ferner sind tätig 36 Schwestern, die meist den Dienst für die Patientinnen 1. und 2. Klasse versehen, doch sind auch zwei Oberschwestern für Spezialzwecke (Röntgen usw.) tätig.

Ein Hilfsverein zur Unterstützung entlassener Geisteskranker „Die Brücke" konnte bis zum Kriege mit großzügigen Stiftungsmitteln seine Aufgaben erfüllen, während er, neuerdings wieder erstanden, mit den aus der Inflation geretteten bescheidenen Mitteln seine Arbeit aufnahm.

Eine Poliklinik ist im Betrieb, wennschon mit einer noch nicht sehr ausgedehnten Frequenz.

Schon seit Beginn des Jahrhunderts wurden mehrfach von Friedrichsberger Ärzten Kurse gehalten. Als 1919 die Universität Hamburg ins Leben trat, übernahm die Anstalt als Klinik den Unterricht in der Psychiatrie. Der ärztliche Direktor hält als Ordinarius die Klinik, vier Stunden in der Woche, dazu noch anderweitige Kurse und Vorlesungen, die Prüfungen usw., wennschon dadurch die Belastung ungemein gewachsen ist, existiert doch in ganz Deutschland nur noch vereinzelt die Personalunion von Universitätsprofessor und Anstaltsdirektor, nirgends aber in einer so großen Anstalt wie Friedrichsberg.

Es gehört zu den Vorzügen der Klinik, daß sie sich auf ein außerordentlich großes und mannigfaches Krankenmaterial stützen kann. Wohl bestehen aus administrativen Gründen manchmal Schwierigkeiten hinsichtlich des Materials an rasch vorübergehenden Psychosen, die vielfach im Polizeikrankenhaus ablaufen. Aber es gelingt doch, die wichtigsten Formen in großer Mannigfaltigkeit vorzuführen und auch seltenere Fälle lange zu konservieren, so daß die Studierenden eine Fülle von Formen sehen können, darunter vieles, wie manche organischen Erkrankungen, Huntington, endokrine Störungen, Turmschädel und Chondrodystrophie mit Geistesstörung, Mikro- und Hydrocephalie, Mongolismus usw., was sich in kleineren Instituten nur selten findet. Der Unterricht wird aber auch in ausgiebiger Weise unterstützt durch die großen Sammlungen und Forschungsstätten.

Die Anstalt verfügt über eine wissenschaftliche Bibliothek von rund 8000 Bänden. Daneben besteht eine Bibliothek für Patientenzwecke mit über 11 500 Bänden.

Das schon vor Jahrzehnten durch *Dr. Kaes* angebahnte und in den letzten Jahren wissenschaftlich weiter ausgebaute anatomische Laboratorium verfügt über einen großen Saal mit 20 Arbeitsplätzen, mehreren kleineren Räumen für den Prosektor, für Laboranten, eine mikrophotographische Abteilung, sowie ausgedehnte Sammlungsräume. Hierher gehören pathologische Menschenschädel und Modelle von solchen, Mißbildungen, dann eine sehr umfangreiche vergleichend anatomische Sammlung von Tierhirnen (etwa 500) und -schädeln (etwa 700), darunter viele seltene Objekte. Auch eine Sammlung von verschiedensten Tierformen, auch Avertebraten, mit herauspräpariertem Nervensystem. Weiterhin Rassenhirne und -schädel, u. a. eine große Anzahl Inkaschädel mit Deformation und Trepanation,

sowie Modelle prähistorischer Schädel. Weiterhin Konservierungsraum von Hirnbefunden, Tierversuchsmaterial, sowie sehr ausgedehnte Sammlungen von fertigen histologischen Präparaten, von mehreren hundert anatomischen Wandtafeln und Tausenden von Mikrophotogrammen und histologischen Aquarellen. Das Laboratorium wird dauernd von zahlreichen Ärzten des In- und Auslandes zu Studienzwecken aufgesucht, wobei von dem Leiter der anatomischen Abteilung in besonderen regelmäßigen Kursen und Vorlesungen der normale Bau des Zentralnervensystems und die Histopathologie der Nerven- und Geisteskrankheiten abgehandelt wird. Von auswärts werden oft Hirne und andere Präparate zur Untersuchung übersandt. Für Versuchszwecke bestehen ein Tieroperations- und ein Tiersektionsraum.

Die serologisch-bakteriologische Abteilung umfaßt einen großen Arbeitssaal, mehrere Räume für serologische Blutuntersuchungen, für mikroskopische, hämatologische wie alle sonstigen medizinisch-diagnostischen Zwecke, auch für kulturell-bakteriologische Arbeiten. Ferner sind in Betrieb eine große Reihe von Apparaten für ferment- und kolloid-chemische Zwecke, für optische Untersuchungen refraktro- und interferometrischer, sowie spektroskopischer Art usw. Für manche Untersuchungen, besonders das Gebiet der Abderhalden-Reaktion, ist hier die einzige Arbeitsstätte Hamburgs. Vor allem wichtig ist das Laboratorium für die Prüfung luigener Krankheiten, besonders auch zur Kontrolle der Fieberimpfkuren, die seit Frühjahr 1919 hier sehr ausgiebig geübt werden. Neu angegliedert sind Einrichtungen zur Feststellung des Grundumsatzes und Ausführung der wichtigsten analytisch-chemischen Blutuntersuchungen (Harnsäure, Reststickstoff, Blutzucker, Cholesterin usw.). 1927 wurden gegen 30 000 dienstliche Einzeluntersuchungen ausgeführt.

Das experimental-psychologische Laboratorium enthält eine Reihe kleinerer Zimmer, in denen eingehende Intelligenzprüfungen, Auffassungs- und Merkfähigkeits-Untersuchungen, Willensreaktionen, Assoziationsversuche angestellt werden. Mehrere Kymographien, Hippsches Chronoskop, Sommers Zitterapparat, ein besonderer Patellar-Reflexapparat usw. werden angewandt. Das Laboratorium vertieft in schwierigen Fällen den Krankenstatus, insbesondere werden die Untersuchungen zu differentialdiagnostischen Zwecken, auch zu Spezialreaktionen, etwa unter Alkoholeinfluß, und zu feineren Prüfungen für forensisch-psychologische Zwecke herangezogen. Außer zwei Ärzten wirkt eine Oberschwester mit andern Hilfskräften.

Eine große photographische und kinematographische Abteilung verfügt über einen fast 10 m langen Oberlichtsaal und mehrere Nebenräume. Eine Reihe von wissenschaftlichen Filmen wurde hier hergestellt. Eine mikrophotographische Abteilung ist im Untererdgeschoß.

Es schließen sich auch an die psychologische Abteilung ausgedehnte Sammlungen an, zunächst klinische Bilder seltener Fälle in Lebensgröße, sowie klinische Aquarelle; dann Anstaltsbauten und Modelle, darunter ein 15 qm großes plastisches Gesamtmodell der Anstalt mit elektrischer Innenbeleuchtung; weiterhin eine historische Abteilung mit Zwangsmitteln aller Art. Ferner ist angegliedert eine sehr ausgedehnte Sammlung von Arbeitsprodukten und Kunstwerken Geisteskranker. Unterrichtszwecken dient eine Sammlung von etwa 10 000 Diapositiven.

Eine Abteilung für Vererbungsforschung verfügt über mehrere Räume, in denen eine Sammlung von Familientafeln und entsprechenden Akten untergebracht ist.

Für wissenschaftliche Zwecke sind mit Hörsälen, Bibliothek, Röntgenlaboratorium, Versuchstierställen usw. etwa 65 Räume mit über 2500 qm Bodenfläche verfügbar.

Bei der gegenwärtigen starken Überbelegung kann die Anstalt über 1900 Kranke fassen, doch ist zu hoffen, daß infolge organisatorischer Maßregeln in der hamburgischen Irrenfürsorge diese Zahl bald auf ein erträglicheres Maß reduziert wird. Beachtlich ist aber, daß die Aufnahmeziffer im vorigen Jahre 2283 betrug und wohl noch weiterhin anwächst.

Friedrichsberg stellt somit eine Klasse für sich dar, zunächst schon, weil es als eine der größten Anstalten mit einer Klinik verbunden ist und über eine außerordentlich hohe Aufnahmeziffer verfügt. Weiterhin liegt seine Sonderbedeutung auch in der Verbindung mit Abteilungen für Nervenkranke, ferner für Jugendliche, und zwar sowohl Psychopathen als auch Oligophrenen, schließlich auch mit einer Poliklinik.

Selbstverständlicher Grundsatz ist, daß in der Behandlung Psychisch-Kranker jeglicher Zwang ausgeschlossen ist; es gibt keine Zwangsmittel, keine Isolierung, keine Gitterfenster, keine umgitterten Veranden, keine ummauerten Höfe und Gärten.

Eingehendste Diagnostik ist ermöglicht durch die Mitwirkung der genealogischen, serologischen und experimentalpsychologischen Abteilung, doch auch durch Heranziehung des Röntgenlaboratoriums und chirurgischer Methoden. Das anatomische Laboratorium gewährleistet genaue histopathologische Verarbeitung. Angestrebt wird möglichst aktive Behandlung unter Fieber-Impfkuren, Beschäftigung, Übungstherapie usw. Außerordentlich ausgedehnt ist die Gutachtertätigkeit.

STAATSKRANKENANSTALT LANGENHORN

VON DEM ÄRZTLICHEN DIREKTOR PROF. DR. GERHARD SCHÄFER UND DEM VERWALTUNGSDIREKTOR RUDOLF BIRKENSTOCK

GRÜNDUNG UND ENTWICKLUNG DER ANSTALT.

ENDE der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts waren in Friedrichsberg, der einzigen öffentlichen Irrenanstalt des Staates Hamburg, alle Plätze besetzt, und weil man, den damaligen Anschauungen entsprechend, eine Vergrößerung über seinen Bestand von fast 1100 Kranken hinaus nicht für angängig hielt, wurde beschlossen, zur Entlastung der Anstalt ihr eine Tochteranstalt in Gestalt einer landwirtschaftlichen Kolonie für 200 Geisteskranke anzugliedern.

Als Baugelände wurde ein etwa 75 ha großes, später noch um etwa 55 ha erweitertes, jetzt aber leider wieder auf 113 ha eingeschränktes Gebiet bestimmt, das im Norden der Stadt, etwa 15 km von deren Mittelpunkt entfernt, östlich von der nach dem Ochsenzoll führenden Landstraße gelegen ist und sich um die sogenannte Tannenkoppel als Kernstück gruppiert. Es war eine für norddeutsche Augen recht reizvolle Landschaft, Wald, Heide und Moor. Das Land war meist leichter Geestboden, der unter dünner Muttererde eine schwache Ortsteinschicht und hierunter feinen Sand führte. So war denn auf Jahrzehnte hinaus für die Kranken Gelegenheit genug zu landwirtschaftlichen Arbeiten vorhanden.

Im Sommer 1893 waren mitten im Tannenwalde die vier geplanten Krankenhäuser mit den dazugehörigen Verwaltungs- und Wohngebäuden fertiggestellt, und 200 ruhige, arbeitsfähige Männer und Frauen der Anstalt Friedrichsberg hielten dort, betreut von einem Arzt, *Dr. Heinrich Schäfer,* ihren Einzug. Dies Idyll, von dessen bescheidenen Ansprüchen wir einen Begriff bekommen, wenn wir in einem Jahresbericht als erwähnenswert angeführt finden, daß in zwei Wohnräumen die Tische mit Decken versehen, in allen die Wände mit Bildern geschmückt wurden, dauerte mehrere Jahre.

Da stellte sich heraus, daß mit dieser landwirtschaftlichen Kolonie der Irrenanstalt Friedrichsberg doch nicht geholfen war. Die durch Verlegung der verhältnismäßig geordneten Kranken freigewordenen Plätze wurden hier immer wieder von überwachungsbedürftigen eingenommen, und so trat allmählich eine Übersättigung mit dieser Art von Pfleglingen ein, die keine Anstalt auf die Dauer ertragen kann. Auf der andern Seite machte sich in Langenhorn das Fehlen geeigneter Einrichtungen für unruhige Kranke insofern geltend, als in kurzer Zeit 21 Männer und 17 Frauen, die zeitweise ein störendes Verhalten zeigten, in die Hauptanstalt zurückverlegt werden mußten.

Um diesen Übelständen abzuhelfen, wählte man den einzig richtigen Weg, die bisherige „Irrenkolonie" zu einer „kolonialen Irrenanstalt" auszubauen, für die man sich als Vorbild die Anstalt Alt-Scherbitz (Prov. Sachsen) nahm. 1898 wurde *Dr. Theodor Neuberger,* bisher zweiter Arzt der Irrenanstalt Friedrichsberg, zum selbständigen Oberarzt, 1905 zum Direktor Langenhorns ernannt, und unter seiner Leitung, die er bis 1924 inne gehabt hat, ist die Anstalt zu ihrem jetzigen Umfang ausgebaut worden. Und zwar von 1898 bis 1899, von 1904 bis 1908 und von 1910 bis 1914 in drei Bauperioden, deren verschiedenen Stil die ringförmig um den bestehenden Kern angeordneten Häuser aufzeigen.

Als der Krieg ausbrach, hatte der Bestand der Kranken die Zahl von 1853 erreicht; als er seinem Ende zuging, war diese infolge der Hungerblockade, die besonders in den Irrenanstalten gehäufte Todesopfer forderte, auf 1305 gesunken. Die gleichzeitig und aus denselben Ursachen in erschreckendem Maße im ganzen Volke um sich greifende Tuberkulose ließ die Behörde nach geeigneten Heilstätten Umschau halten, und jetzt konnte Langenhorn, dessen Bezeichnung nunmehr aus „Irrenanstalt" in „Staatskrankenanstalt" geändert wurde, seine leerstehenden Häuser den Lungenkranken zur Verfügung stellen. Ihre Zahl betrug zeitweise über 500, jetzt ist sie wieder auf gut 300 eingeschränkt worden.

Daß dies nötig wurde, ebenso wie auch leider den nach dem Kriege einige Jahre in Langenhorn untergebrachten etwa 120 Waisenkindern ihr Heim gekündigt werden mußte, hat seinen Grund in der ständig anwachsenden Zahl der Geisteskranken. War die in den letzten Jahren vielfach die Grenze des Zulässigen erreichende Belegung schon eine starke Belastung für die Anstalt, so war dies noch mehr die Art der Geisteskranken, die ihr (mit Ausnahme der Kriminellen) nur von der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, der Aufnahmeanstalt, zugeführt wurden. Dort brauchte man Wachsaalplätze für die Neuaufnahmen und überwies deshalb an Langenhorn Wachsaalkranke, also meist unruhige, soviel irgend möglich war. So hat sich nun in Langenhorn wiederholt, was seinerzeit in Friedrichsberg so große Schwierigkeiten machte: eine Überlastung mit schwer

Landschaft zur Zeit der Erbauung der Anstalt



Heide



Wald



Moor



Fliegeraufnahme der Anstalt

zu behandelnden Fällen. Aus diesem Grunde und auch, um den Ärzten der Anstalt eine bessere Möglichkeit zu ihrer Ausbildung und zu wissenschaftlicher Arbeit zu geben, sah sich die Gesundheitsbehörde veranlaßt, der Langenhorner Anstalt 1928 einen eigenen, zunächst allerdings nur kleinen, Aufnahmebezirk zu überweisen, womit denn die Staatskrankenanstalt Langenhorn nach langen Jahren oft mühevoller, aber nach außen wenig hervortretender Arbeit ihr Ziel erreicht hat, nunmehr eine vollwertige Irrenanstalt zu sein.

ALLGEMEINE BESCHREIBUNG UND ORGANISATION.

Der Grundriß der Anstalt erhält sein Gepräge durch eine nach Osten senkrecht von der Langenhorner Chaussee abzweigende gerade Hauptstraße, an der und in deren Verlängerung fast alle Verwaltungsgebäude gelegen sind, sowie durch eine diese Hauptstraße umgreifende Ringstraße, um die sich die Krankenhäuser gruppieren. Zahlreiche Wohnungen für Ärzte und Beamte sind über das ein unregelmäßiges Vieleck bildende weitere Anstaltsgebiet, meist an dessen Außenseiten, verteilt.

Geleitet wird die Anstalt durch die Direktion, den ärztlichen und den Verwaltungsdirektor, ersteren als Gesamtleiter, insbesondere soweit ärztliche Belange in Frage kommen, letzteren als selbständigen Leiter der Verwaltung mit eigener Verantwortung. Doch sind diese beiden Gebiete nicht scharf voneinander zu trennen, berühren und schneiden sich im Gegenteil gerade in einer Irrenanstalt vielfach, und es ist deshalb ein verständnisvolles Zusammenarbeiten eine Vorbedingung für das Gedeihen der Anstalt.

Der ärztliche Dienst wird, außer von dem ärztlichen Direktor, versehen: auf der psychiatrischen Abteilung von einem leitenden Oberarzt, der auch den ärztlichen Direktor vertritt, einem Oberarzt, sieben Abteilungsärzten und drei Assistenzärzten; auf der inneren (Tuberkulose-) Abteilung von einem leitenden Arzt und vier Assistenzärzten. Der ärztliche Direktor ist dadurch, daß er wöchentlich einmal in Begleitung der zuständigen Ärzte jede der psychiatrischen Abteilungen besucht, in der Lage, dort auf Grund eigener Wahrnehmungen seinen Einfluß geltend zu machen; auf der inneren, ärztlich selbständigen Abteilung findet ein solcher Rundgang nur alle vier Wochen statt und dient nur Zwecken der ärztlichen Verwaltung.

Das Pflegepersonal beträgt 576 Personen. Es setzt sich zusammen aus 246 Pflegern und 264 Pflegerinnen, denen in jedem Krankenhause, je nach dessen



Verwaltungsgebäude

Verwaltungsdirektor in Begleitung der technischen Beamten durch die Anstalt gemacht wird.

Die Verwaltung wird geleitet von dem Verwaltungsdirektor und umfaßt das Direktionsbureau, die Kasse und Buchhalterei, den Wirtschaftsbetrieb, den technischen Betrieb, den landwirtschaftlichen Betrieb und die Gärtnerei. Außer den leitenden Beamten dieser Abteilungen sind im ganzen noch vorhanden: 18 Beamte, 47 Angestellte, 85 Handwerker und 161 Arbeiter. Die Vertretung der letztgenannten drei Gruppen bildet der Arbeiterrat, neben dem Angestelltenrat eine der zwei Abteilungen des Betriebsrates, der durch seine Obleute an den vom Verwaltungsdirektor abgehaltenen Verwaltungskonferenzen teilnimmt.

Größe und Zweck, zwei bis vier Oberpfleger oder Oberpflegerinnen, auf der inneren Abteilung in jedem Hause eine Oberschwester, vorgesetzt sind, im ganzen 34 bzw. 32. Mehrere Häuser sind wieder zu einer Inspektion zusammengefaßt, die einer in gehobener Stellung befindlichen Persönlichkeit unterstellt ist. Das Pflegepersonal ist verpflichtet, neben seinem praktischen Dienst einen einjährigen Kursus in der von einem Arzt der Anstalt geleiteten Irrenpflegeschule durchzumachen. Bestehen sie die Abschlußprüfung, so erhalten sie die Anerkennung als staatlich geprüfte Irrenpflegepersonen. Dienstzeit des Pflegepersonals ist die 48-Stunden-Woche; seine wirtschaftlichen und sozialen Interessen werden vertreten durch den Angestelltenrat, der gemeinsam mit dem Arbeiterrat den Betriebsrat der Anstalt bildet.

Um ein einheitliches Arbeiten aller Kräfte zu gewährleisten, wird an den Wochentagen vom ärztlichen Direktor eine Konferenz abgehalten, an der der Verwaltungsdirektor, die Ärzte und Inspektionsleiter, sowie der Vorsteher des Direktionsbureaus teilnehmen. Der Zusammenarbeit mit der Verwaltung dient im besonderen noch die sogenannte Verwaltungsvisite, ein Rundgang, der wöchentlich einmal vom ärztlichen Direktor und dem

ÄRZTLICHE EINRICHTUNGEN.

Die Krankenhäuser der Anstalt, z. Z. 33, sind nicht nach einem „Normaltyp" gebaut, sondern weisen vielmehr die größte Mannigfaltigkeit auf. Doch lassen sie sich etwa in folgende Arten, deren Bezeichnung für sich selbst spricht, einteilen: Überwachungshäuser, Übergangshäuser, Arbeiterhäuser, Pflegehäuser, Lazarette, offene Häuser. Auch der Zahl der untergebrachten Kranken nach bestehen in den Häusern alle Übergänge vom größten, mehr als 200, bis zum kleinsten, knapp 30 Kranken Unterkommen bietenden. So ist Gelegenheit gegeben, alle Kranken ihrer Eigenart entsprechend unterzubringen, ein Vorteil, der bei der Behandlung von Geisteskranken nicht hoch genug einzuschätzen ist. Unterstützt wird dieser Einfluß einer passenden Umgebung durch die Ausstattung der Räume, die wohnlich und freundlich gehalten und vielfach mit Bildern, Blumen u. dgl. geschmückt sind. Hier sei auch erwähnt, daß eine Krankenbücherei von mehreren tausend Bänden, die auf die einzelnen Häuser verliehen werden, Gelegenheit zur Unterhaltung und Belehrung bietet. Jedes Haus hat seinen durch einen mehr oder weniger hohen Zaun abgegrenzten Garten, viele Patienten dürfen außerdem frei im Anstaltsgebiet und



Krankenhaus der ursprünglichen Anlage

dessen Umgebung umhergehen, die in den offenen Häusern untergebrachten alle.

Die im vorstehenden nicht aufgeführten beiden gesicherten Häuser werden, als eine Besonderheit der Anstalt, später noch eine eingehendere Beschreibung finden. Ebenso auch die innere Abteilung, die eine kleine Sonderanstalt innerhalb der großen psychiatrischen bildet.

Eine Unfallstation mit kleinem, aber zweckmäßig eingerichteten Operationsraum bietet bei Verletzungen und dringlichen chirurgischen Eingriffen alles Notwendige; sie ist mit Hilfe elektrischer Heiz- und Sterilisierapparate jederzeit, auch bei Nacht, sofort gebrauchsfähig. Auswärtige Fachärzte für Augen-, Haut-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, die in erster Linie für die Tuberkuloseabteilung tätig sind, stehen auch den Geisteskranken zur Verfügung. Für die so notwendige, früher meist nicht genügend beachtete Zahnbehandlung ist ein Ambulatorium vorhanden. Eine „Arzneiabgabe", die aber bei ihrer Größe und Reichhaltigkeit einer Apotheke fast gleichkommt, sorgt für die Beschaffung und Verteilung der Arznei- und Verbandmittel sowie der Instrumente. Ein abseits im Walde gelegenes Leichenhaus ist mit allem Erforderlichen ausgestattet, Totenkammer, Sektionsraum und einer kleinen Kapelle, von der aus die Beerdigungen stattfinden.

Ein großes, im Hauptgebäude untergebrachtes Laboratorium mit Nebenräumen für Photographie dient klinischen und anatomischen Zwecken. Ein serologisches Laboratorium, dessen Wichtigkeit für die neueren diagnostischen Methoden der Psychiatrie kaum eines Hinweises bedarf, befindet sich in einem abgetrennten Flügel eines Krankenhauses. Ein psychologisches Laboratorium ist in der Entstehung begriffen. Reichhaltige ärztliche Bücherei und Lesezimmer vervollständigen die wissenschaftlichen Einrichtungen. Jede ihrer Abteilungen wird von einem besonders dafür interessierten Arzt im Nebenamt geleitet.

ARBEITSTHERAPIE.

Alle die genannten ärztlichen Einrichtungen bilden die Grundlage der in der Anstalt geübten Behandlung der Geisteskrankheiten. Am wenigsten kommt die Schlafmittelbehandlung in Anwendung, die sich als meist überflüssig, oft nachteilig herausgestellt hat und von einigen unserer Ärzte sogar grundsätzlich abgelehnt wird; für die Fieberbehandlung haben wir verhältnismäßig wenig geeignete Fälle; häufiger wenden wir bei unruhigen Kranken die Dauerbad- oder Bettbehandlung an; selbstverständlich bei vielen auch die schwer definierbare, im wesentlichen in der Person des Arztes begründete Beeinflussung, der man den etwas anspruchsvollen Namen Psychotherapie gegeben hat. Die wichtigste aller Behandlungsarten aber ist in einer großen Irrenanstalt nach den sich dort ansammelnden Krankheitsformen die Arbeitstherapie. Sie ist in Langenhorn von jeher gepflegt worden und hat schöne Erfolge aufzuweisen; aber es werden dabei auch an Ärzte und Pflegepersonal große Anforderungen gestellt. Gilt es doch, für einen zunächst oft widerstrebenden Kranken erst die



Krankenhaus der ersten Erweiterung

geeignete Arbeit ausfindig zu machen und ihn dann mit unendlicher Geduld immer wieder an sie heranzubringen. Es wird in Langenhorn nur für die Anstalt, nicht für den Verkauf, gearbeitet, und deshalb dürfte auch das Bedenken, es könne das freie Handwerk geschädigt werden, gegenstandslos sein. Andererseits aber wird darauf gesehen, daß nur solche Arbeiten ausgeführt werden, deren Ergebnis der Anstalt auch wirklich Nutzen bringt; nicht lediglich aus ökonomischen Gründen, sondern auch, weil nur eine nutzbringende Arbeit, nicht eine spielerische Beschäftigung, auf die Dauer Befriedigung geben und eine heilerzieherische Wirkung ausüben kann. Den Nutzen darf man sich freilich nicht zu groß vorstellen, einige wenige Patienten leisten (in der Anstalt!) Tüchtiges, die meisten wohl weniger als ein Drittel dessen, was von einem Geistesgesunden verlangt werden kann, und bei vielen ist die Arbeitsleistung so klein, daß sie kaum meßbar ist. Es sind eben doch Geisteskranke, die arbeiten, die wirkliche Arbeitszeit beträgt im Durchschnitt nur etwa fünf Stunden am Tage, und es handelt sich vielfach um Betriebe, die nur dadurch rentabel sind, daß die sonst brachliegende Arbeitskraft unentgeltlich zur Verfügung steht. Zählt man jede, auch die bescheidenste, Arbeitsleistung mit, so ergibt sich, daß z. Z. in Langenhorn 62 v. H. der Geisteskranken beschäftigt werden, ein Satz, der bei den gegebenen Verhältnissen und dem schwierigen Krankenmaterial als recht befriedigend zu bezeichnen ist. Diese Kranken gliedern sich in: Schreiber, Boten, Hausarbeiter(-innen), Kartoffelschäler(-innen), Schlachter, Waschhausarbeiter(-innen), Transportarbeiter, Landwirtschafts- oder Gärtnereikolonnenarbeiter(-innen), Buchbinder, Bürstenmacher, Filz- und Lederschuhmacher, Korbflechter, Maler, Maschinenstricker, Mattenmacher, Maurer, Mützenmacher, Schlosser, Schneider, Steindrucker, Tapezierer, Tischler, Weber(-innen), Näherinnen, Stopferinnen, Strickerinnen, Plätterinnen und einige besondere Facharbeiter(-innen). Wie sich aus den verschiedenen Tätigkeitsgebieten von selbst ergibt, sind alle diese arbeitenden Kranken über die ganze Anstalt verteilt, zum Beispiel hat jedes Haus einige Hausarbeiter oder -arbeiterinnen, die dem Pflegepersonal beim Reinigen der Räume, beim Geschirrwaschen, Essenholen und dergleichen helfen; die Kolonnen arbeiten da, wo sie gerade gebraucht werden, auf dem Felde, in den Gartenanlagen usw.; die Handwerker aber sind möglichst in bestimmten Krankenhäusern, auch einzelnen besonderen Werkstättengebäuden, nach Berufen zusammengelegt, um eine bessere, zum Teil durch fachmännisch geschultes Personal gegebene Anleitung und damit einen rationellen Betrieb zu gewährleisten. Selbstverständlich macht die Platzfrage bei einer so großen Zahl der Beschäftigten Schwierigkeiten. Wohl war beim Bau der Anstalt in vorausschauender Weise eine für die damaligen Anschauungen verhältnismäßig große Anzahl von Arbeitsräumen vorgesehen, die auch jetzt noch den Grundstock bilden; aber sie reichten nicht mehr aus, und so mußte denn jeder irgend geeignete Raum, selbst Böden und Keller, wenn sie hell und luftig genug waren, verwendet werden.



Krankenhaus der zweiten Erweiterung

Daß die Arbeit kein Allheilmittel ist, liegt auf der Hand; daß sie aber das beste ist, das wir z. Z. haben, und alles leistet, was man billigerweise von ihr verlangen kann, ist sichere Tatsache der psychiatrischen Wissenschaft.

GESICHERTE HÄUSER.

Die beiden ganz gleichen „gesicherten Häuser“, das erste 1905 belegt, das zweite 1914, sind dadurch erforderlich geworden, daß die unsozialen Geisteskranken, also nicht nur die kriminellen, sondern auch die übrigen gefährlichen Geisteskranken, sowie ferner die zur Beobachtung eingewiesenen Untersuchungsgefangenen in Friedrichsberg und Langenhorn überhand nahmen und daß es bei der freien Behandlungsart beider Anstalten nicht immer möglich war, Entweichungen zu verhindern. Es galt nun, denkbar größte Sicherheit in einer Form zu bieten, die doch den Krankenhauscharakter wahrte, und so entstanden nach den Plänen von *Prof. Dr. Neuberger* Bauten, die nach einigen Änderungen auch heute noch, nach fast 25 Jahren, als in ihrer Art mustergültig anzusprechen sind. Die Sicherheit wird gewährleistet durch Gitter an allen Fenstern, hoch ummauerte Höfe, einen Wächtergang um den ganzen Komplex, ein wohldurchdachtes Einschlußsystem und zahlreiches, ausgesuchtes Personal. Der Krankenhauscharakter prägt sich aus in Verteilung und Einrichtung der Räume sowie in der Behandlung der Insassen. Die langgestreckten Gebäude bestehen aus zwei getrennten Flügeln, zwischen die Untersuchungszimmer, Ärztezimmer, Pflegerkasino, Küche, Kleiderablage und Besuchszimmer eingeschoben sind. Jeder Flügel enthält wieder Tagesräume, Wachsaal, Einzelzimmer und gemeinsame kleine Schlafzimmer, zwischen die hin und wieder Pflegerschlafzimmer eingestreut sind. Das obere kleinere Stockwerk weist nur einige gemeinsame Schlafräume für zuverlässigere Patienten, Pflegerzimmer und Werkstätten auf. Letztere sind, wie in den andern Irrenabteilungen, so auch in diesen, ein besonders wichtiger Bestandteil und umfassen Schuhmacherei, Pantoffelmacherei, Schneiderei, Mattenflechterei, Bürstenmacherei, Buchbinderei und Steindruckerei. Anfangs sind wir, wie das bei der Gefährlichkeit der in das Haus verlegten Kranken erklärlich ist, mit der Zuteilung von Werkzeug sehr vorsichtig tastend vorgegangen. Im Laufe der Jahre hat sich herausgestellt, daß es richtiger ist, in dieser Beziehung etwas zu wagen, als die Kranken müßig herumsitzen oder sich bei stumpfsinniger Beschäftigung langweilen zu lassen. Denn so wurden durch Ablenkung am ehesten die anfangs häufigen Komplotte und Ausbruchsversuche vermieden. Vorbedingung ist natürlich, daß man seine Kranken genau kennt und die aus den Werkstätten fernhält, bei denen ein Mißbrauch des Werkzeuges zu Ausbrüchen oder Gewalttaten zu befürchten ist. Mit Gewährung möglichst weitgehender Freiheit innerhalb des gegebenen Rahmens haben wir die besten Erfahrungen gemacht. Chemische Beruhigungsmittel, feuchte Packungen, Dauerbäder und längere Isolierungen sind jetzt ganz seltene Ausnahmen. Die Anwendung oder auch nur Bereitstellung von Waffen (Gummi-



Gesichertes Haus

knüppeln) wird grundsätzlich abgelehnt. Den Kranken muß der Arzt bei aller Festigkeit, die er ihnen gegenüber zeigen muß, als ein Helfer, nicht als ein Kerkermeister entgegentreten. Um das zu können, muß er eine besondere Eignung besitzen und seiner Tätigkeit viel Zeit widmen. Im Laufe der Jahre sind durch unsere gesicherten Häuser, abgesehen von den zahlreichen Kranken, die aus den übrigen Krankenabteilungen dorthin verlegt wurden, etwa 1500 Aufnahmen aus dem Untersuchungsgefängnis oder Strafgefängnis gegangen, und es war uns somit Gelegenheit gegeben, auf diesem Gebiete ungewöhnlich reiche Erfahrungen zu sammeln.

INNERE (TUBERKULOSE-) ABTEILUNG.

Die innere Abteilung, die von einem leitenden Arzt und vier Assistenten versorgt wird, umfaßt jetzt 324 Betten für Lungenkranke aller Stadien, die auf fünf Häuser verteilt sind, drei für Frauen und zwei für Männer. Jedes Haus bildet eine kleine Einheit für sich, hat einen besonderen Garten mit großen Liegehallen und alle für Arzt und Patienten notwendigen Einrichtungen und wird durch eine Oberschwester geleitet, der etwa 16 Pflegerinnen zur Seite stehen. Zentralisiert ist nur das Röntgeninstitut, die Höhensonneneinrichtung, das Operationszimmer und die Untersuchungsstation für die Spezialärzte (Laryngologe, Ophtalmologe und Dermatologe), die regelmäßig die Anstalt besuchen. Die Abteilung ist mit allen modernen Mitteln für Diagnostik und Therapie der Tuberkulose ausgerüstet und steht in innigen Beziehungen zu den großen allgemeinen Krankenhäusern, den Lungenfürsorgen und den praktischen Ärzten. Sie nimmt unter den Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen Hamburgs insofern eine besondere Stellung ein, als sie die Vorteile der Heilstätte mit denen des Krankenhauses verbindet, denn sie bietet durch ihre freie Lage, die großen Aufenthalts- und Eßräume, die zahlreichen Extrazimmer und die schöne Umgebung die Hauptvorteile einer Heilanstalt, ist jedoch ganz als Krankenhaus aufgezogen. Es werden alle Arten von Tuberkulosen aufgenommen, und es sind keinerlei der für Heilstättenkuren üblichen Bedingungen und Formalitäten vor der Aufnahme zu erfüllen. Jeder Kranke kann — genau wie in die großen allgemeinen Krankenhäuser — direkt von seinem behandelnden Arzt auf die hiesige Abteilung verlegt werden. Dadurch werden einerseits bei vielen Leichtkranken die oft langen und schädlichen Wartezeiten auf Heilstättenkuren vermieden und andererseits viele Schwerkranke, die für Heilstättenkuren nicht mehr in Frage kommen, aber oft nicht zu einem längeren Aufenthalt in den allgemeinen Krankenhäusern zu bewegen sind, schnell und lange Zeit als Ansteckungsherde ausgeschaltet. Gerade diese Kombination von Leicht- und Schwerkranken wird ja in letzter Zeit immer mehr angestrebt und hat schon an vielen Orten zum Bau von Tuberkulosekrankenhäusern geführt. Die hiesige Abteilung erfüllt diese Aufgabe für Hamburg schon seit zehn Jahren und hat sich dabei bestens bewährt.

VERWALTUNGSEINRICHTUNGEN.

Den größten Teil des Verwaltungsgebäudes nimmt das Direktionsbureau, die Zentrale für den allgemeinen Geschäftsbetrieb, nebst Kasse und Buchhalterei ein. Fast genau im Mittelpunkt der Anstalt liegt der Saal für kirchliche und gesellige Zwecke, beiden Bestimmungen zweckmäßig und schön angepaßt.

Dem Wirtschaftsbetrieb stehen ein Magazingebäude für Lebensmittel, Bekleidungsgegenstände und dergleichen und zwei große Küchen, die Dampfküche und die sogenannte Bratküche, zur Verfügung. In der ersteren wird die Verpflegung für die Geisteskranken hergestellt, während die letztere die Speisen für das Personal, für die Lungenkranken und die ärztlichen Sonderverordnungen zubereitet. Selbstverständlich sind alle modernen Kocheinrichtungen und Kochmaschinen vorhanden. Während Magazine und Küchen in der Hauptachse liegen, stößt das etwas seitwärts von ihr belegene Waschhaus an die Ringstraße. Es enthält neben den für seine eigentliche Aufgabe eingerichteten Räumen eine Nähstube für Neuanfertigung von Wäsche- und Bekleidungsstücken. Es entspricht allen modernen Anforderungen; seine Maschinen werden durch Elektromotore mit Unterantrieb bewegt. Der Betrieb einer Schlachterei und Wurstmacherei, die in eigenem Gebäude auf dem Wirtschaftshof untergebracht sind, und deren Größe dem der Anstalt angeschlossenen Landwirtschaftsbetriebe (s. w. u.) entspricht, bringt beträchtliche wirtschaftliche Vorteile. Eine neue Eiserzeugungs- und Kühlanlage ist zur Zeit im Bau.

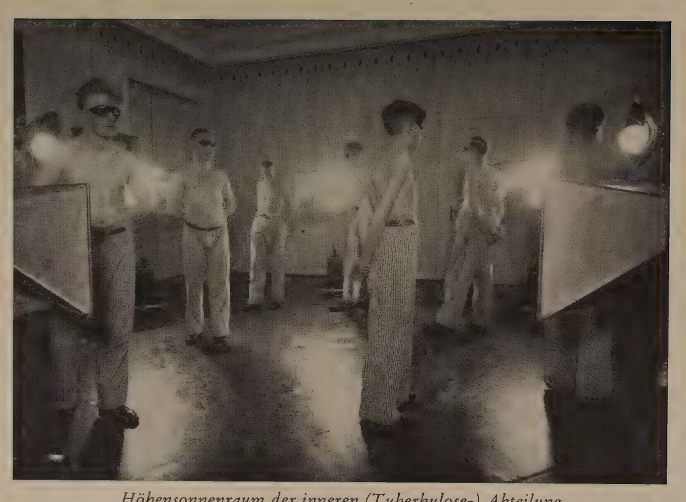
Zum technischen Betrieb gehören das Kesselhaus, die Stromerzeugungsanlage, die Warmwasserbereitungs- und Heizungsanlage, die Kanalisation und das Desinfektionshaus. Die Bereitung des Dampfes für die Betriebsmaschinen und für die Fernheizung geschieht in 13 Flammrohrkesseln, die in vier Kesselgruppen eingeteilt sind. Zwei Gruppen erzeugen Heizungsdampf mit einer Spannung von sechs Atmosphären Überdruck, die beiden andern Gruppen Betriebskraft mit einer Spannung von zehn Atmosphären Überdruck. Das rationelle Funktionieren der Heizung wird durch Monoapparate überwacht. Für die Erzeugung des elektrischen Stromes sind zwei stehende Verbunddampfmaschinen von je 200 PS vorhanden, die mit je einer Gleichstrom-Nebenschluß-Dynamomaschine direkt gekuppelt sind. Für den Ausgleich der Spannung im Kabelnetz und zur Erzeugung der Zusatzspannung für die Ladung der 1760 Ampèrestunden enthaltenden Akkumulatorenbatterie ist ein Zusatzdynamo vorhanden. Sobald die Stromerzeugung ruht, wird der Strom der Batterie entnommen; die Spannung im Kabelnetz wird sodann durch einen Zellenschalter automatisch geregelt. Die Stromspannung beträgt 220 Volt, die Leistung im Jahresdurchschnitt täglich 1400 Kwh. Zur Bereitung des Warmwassers mittels Abdampfes sind im Maschinenhause drei Warmwasserbereiter von je 23 cbm Fassungsvermögen aufgestellt. Die zentrale Dampffernheizung versorgt durch 3½ km lange Kanäle alle Gebäude, von vier Krankengebäuden mit eigener Dampfheizung abgesehen. Zur Gewinnung des erforderlichen Wassers hat die Anstalt zwei Brunnen und Wassertürme. Durch eine zweckmäßige Anlage wird das Wasser gereinigt und vom Eisengehalt befreit. Der Hochbehälter des Hauptturmes faßt 600 cbm Wasser, der tägliche Bedarf beträgt 1650 cbm. Das in der Wäscherei gebrauchte Wasser wird durch eine im Waschhaus aufgestellte Enthärtungsanlage nach dem Permutitverfahren behandelt. Die Abwässer des kleineren Teiles der Anstalt werden in Faulkammern gesammelt und über Rieselwiesen abgeleitet, die des größeren gehen in einen Emscherbrunnen und von dort gleichfalls auf Rieselwiesen. Für die Desinfektion durch Dampf ist in einem besonderen Gebäude ein Kofferdesinfektionsapparat vorhanden. Die Feuersicherheit wird durch 61 Hydranten, meist Oberflurhydranten, auf dem Anstaltsgelände und durch Handfeuerlöscher auf den Häusern gewährleistet.

Die landwirtschaftliche Abteilung hat weniger den Zweck, durch etwa erzielte Gewinne den Haushaltungsplan der Anstalt zu entlasten, als vielmehr die gesunde Tätigkeit im Freien als Heilfaktor auszunutzen. Bearbeitet werden unter Zuhilfenahme von sechs Gespannen rund 50½ ha, von denen 11¼ ha auf die Rieselwiesen entfallen. Außerdem sind noch 2½ ha Gemüseland vorhanden. Es wird Wert auf hochgezüchtetes Milchvieh gelegt. Alle unsere Milchkühe sind Herdbuchtiere ostfriesischer Rasse. 1927 wurden 196 466 Liter Milch gewonnen, bei einem Durchschnittsbestande von 48 bis 49 Kühen. Auf den Tag und die einzelne Kuh, einschließlich der trockenstehenden, umgerechnet, ergibt das eine Leistung von 11,10 Liter. Die gewonnene Milch kommt nur der Anstalt zugute, deren Bedarf damit allerdings noch nicht gedeckt ist. Zum Betriebe der Schweinezucht und -Mast werden etwa 450 deutsche Edelschweine, darunter zwei Eber und etwa 40 Zuchtsauen gehalten. Für die Fütterung können Trank und Küchenabfälle auf das vorteilhafteste verwertet werden. Der ganze Bedarf der Anstalt an Schweinefleisch, frischer Wurst und Dauerware aller Art wird aus den hier gemästeten und geschlachteten Schweinen gedeckt.

Die Aufgabe der Gärtnerei besteht in der Unterhaltung der 48½ ha großen Garten- und Park-



Haus der inneren (Tuberkulose-) Abteilung



Höhensonnenraum der inneren (Tuberkulose-) Abteilung



Weberei der Geisteskranken

Nähstube der Geisteskranken



Erklärung

1) Krankenhäuser 2) Liegehallen 3) Röntgenhaus 4) Irrenpflegeschule 5) Unfallstation und Apotheke 6) Verwaltungsgebäude 7) Haus für gesellige und kirchliche Veranstaltungen 8) Küchengebäude 9) Magazingebäude 10) Waschhaus 11) Werkstättengebäude 12) Beschäftigungshäuser 13) Maschinen- und Kesselhaus 14) Koksschuppen 15) Brunnenhäuser 16) Wassertürme 17) Badehaus 18) Desinfektionshaus 19) Werkstatt 20) Stallungen 21) Schlachthaus 22) Kühlhaus 23) Scheune 24) Fuhrwerkswaage 25) Schuppen für landwirtschaftliche Maschinen 26) Lagerschuppen 27) Kegelbahn 28) Gewächshäuser 29) Leichenhaus 30) Wächterhäuser 31) Pförtnerhaus 32) Wohnhaus für den ärztlichen Direktor 33) Wohnhaus für den Verwaltungsdirektor und 1 Oberarzt 34) Wohnhäuser für Ober- und Abteilungsärzte 35) Wohnhäuser für Beamte und Angestellte

anlagen und der Heranzucht von Schnittblumen, Topf- und Gemüsepflanzen jeder Art, vielen Tausenden im Jahre. Dazu stehen ihr zwei große Treibhäuser und Mistbeete von zusammen 280 qm Pflanzfläche zur Verfügung.

AUSBLICK.

Mit ihren 2224 Krankenbetten (einschließlich der jetzt mit Lungenkranken belegten) ist die Staatskrankenanstalt Langenhorn eine der größten Irrenanstalten Deutschlands, vielleicht schon eine der zu großen, wenn man an ihre einheitliche Leitung denkt. Indessen macht es, wenn eine Anstalt einmal diese Größe erreicht hat, auch nicht viel aus, ob sie nun noch 100 oder 200 Plätze mehr hat. Und da ihr genug Baugelände zur Verfügung steht, die Zentraleinrichtungen teilweise noch nicht völlig ausgenutzt sind, die Verkehrsmöglichkeiten zur Stadt immer besser werden, letztere sogar schon um die Anstalt herum zu wachsen beginnen, so sind die Vorbedingungen für eine Abrundung der Anstalt durch einiges, was ihr noch fehlt, z. B. eine offene Abteilung, gegeben.

DAS INSTITUT FÜR GEBURTSHILFE

VON PROF. DR. MED. STROEDER, ÄRZTLICHER DIREKTOR

DIE Anstalt ist von 1911 bis 1914 als *Entbindungs- und Hebammenlehranstalt* für 2000 Entbindungen nach den Plänen des Oberbaudirektors *Prof. Schumacher* auf einem Gelände von 1 ha 64 a 41,5 qm, das bis dahin dem Versorgungsheim gehörte, Ecke Uferstraße und Finkenau errichtet und 1927 durch Um- und Erweiterungsbauten den jetzigen Anforderungen angepaßt worden. Durch die Nähe der Hochbahn ist sie von allen Stadtteilen leicht erreichbar und durch die Lage am Eilbeckkanal ist bei der vorherrschenden Windrichtung für eine Durchlüftung genügend gesorgt. Wie der Lageplan zeigt, besteht die Anstalt aus: 1. dem Hauptgebäude, 2. dem Wirtschaftsgebäude, 3. dem Kesselhaus, 4. dem Eiskeller, 5. dem Wohnhaus des ärztlichen Direktors, 6. dem Wohnhaus des Verwaltungsamtmannes. Das nahegelegene Leichenhaus des Versorgungsheims wird von dem Institut mitbenutzt. Durch die Anordnung der Gebäude ist der Zugang durch einen Haupteingang und die Zufahrt durch einen Torweg, beide an der Finkenau gelegen, ermöglicht. Dadurch, daß das Wirtschaftsgebäude und das Kesselhaus in einigem Abstand vom Hauptgebäude liegen, wird eine Störung der Pfleglinge durch den maschinellen Betrieb nach Möglichkeit vermieden. Breite, asphaltierte Fahrwege durchziehen das Gelände und verbinden die Gebäude. Die nicht bebauten Flächen sind zu Gartenanlagen ausgestaltet.

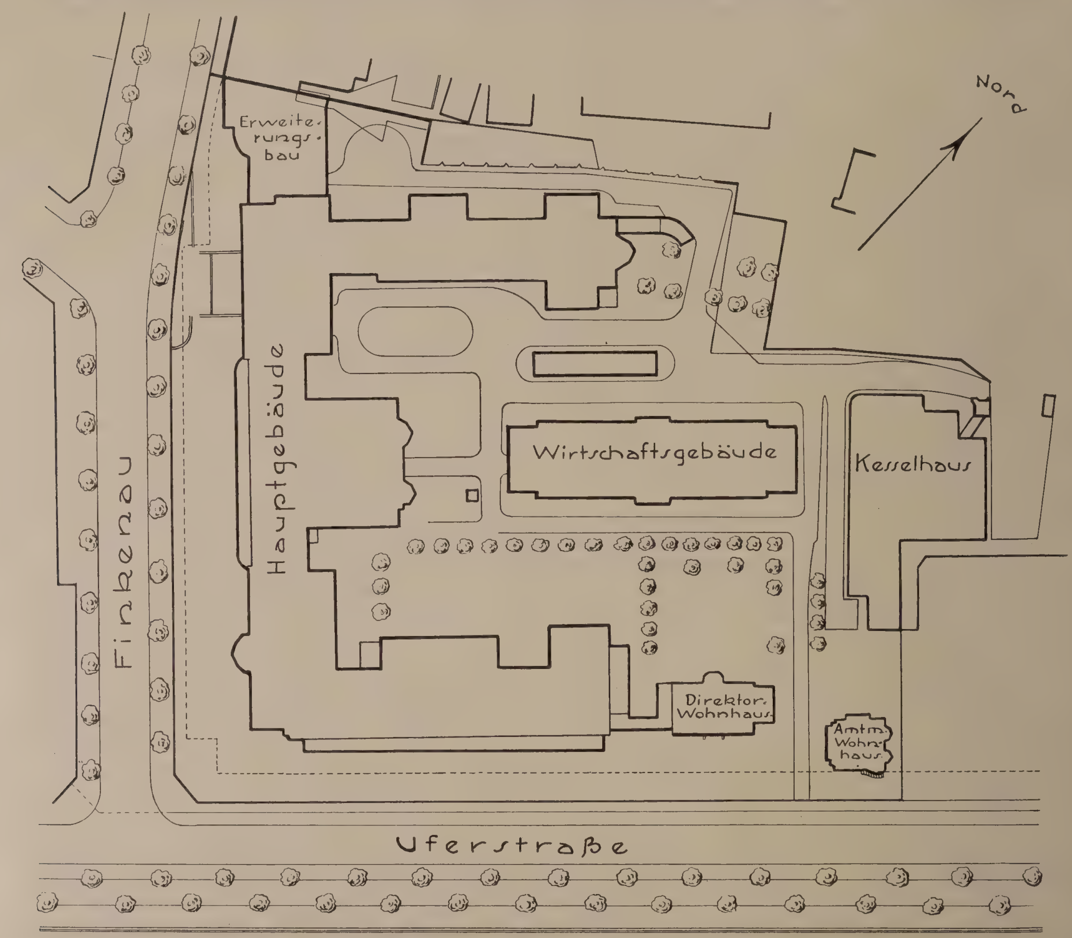
Das Hauptgebäude, das mit dem Erweiterungsbau eine Grundfläche von 6442 qm bedeckt, besteht aus dem an der Finkenau gelegenen, 101 m langen Mittelbau, an den sich in gleicher Richtung der 24 m lange Erweiterungsbau anschließt, ferner einem an der Uferstraße und dem Eilbeckkanal gelegenen südlichen und einem gegen das Gelände des benachbarten Versorgungsheims gelegenen, nördlichen, 72 m langen Flügel. Kleinere und größere Krankenräume wechseln in zweckmäßiger Weise ab. Der Schallsicherheit wegen sind in ihnen Hohldecken, in den übrigen Räumen Plandecken aus Eisenbeton verwendet worden. Die Höhe der Zimmer beträgt im Erdgeschoß und 1. Obergeschoß 4,20 m, im 2. Obergeschoß 3,30 m. Die 3 m breiten Korridore sind mit Linoleum belegt, ebenso sämtliche Räume außer den Bade-, Operations-, Behandlungs-, Sterilisierräumen und Laboratorien, die einen Plattenbelag haben. Drei Bettenaufzüge, von denen der des Mittelbaus bis zum Dachgeschoß durchgeführt ist, verbinden die Stockwerke, während kleinere elektrische Aufzüge der Speisebeförderung dienen. Durch die Anordnung der Gebäude und durch die Lage der Korridore an der Innenseite des Südflügels und des Mittelbaues und der Nordseite des Nordflügels ist eine vorzügliche Belichtung sämtlicher Räume erreicht. Zwei gedeckte Veranden des Nordflügels, eine Terrasse des Südflügels und eine Rampe des Nordflügels zum Herausfahren der Betten in den Garten ermöglichen eine Freiluft- und Sonnenbehandlung. Sämtliche Räume werden nach dem Dach entlüftet. Die Krankenräume haben Warmwasserheizung, die übrigen Niederdruckdampfheizung, beide vom Kesselhaus aus. Wäscheschächte befördern die in Segeltuchsäcken gesammelte schmutzige Wäsche in besondere Räume des Kellers.

Im Mittelbau liegen im Erdgeschoß neben dem Haupteingang die Bureauräume, Warteräume, die Dienstzimmer des Direktors und des Verwaltungsamtmanns, das Aufnahmezimmer, die Bücherei, die Wohnräume der Ärzte und der Oberhebamme, die Fernsprechzentrale, das Dienstzimmer der leitenden Oberschwester und das Ärztekasino mit Teeküche. Ein gegen das Wirtschaftsgebäude vorspringender Teil des Mittelbaues enthält vier Entbindungszimmer mit je zwei Betten, die dazu gehörigen Nebenräume (Brausebad) und eine große durch Glasdach belichtete Diele als Beobachtungsraum für Frischentbundene. — Im Keller sind die Eßräume der Pflegerinnen, Hausmädchen und Hausschwangeren, Archiv, Arzneiausgabestelle, Unterhaltungsbibliothek und die Lagerräume der Verwaltung untergebracht. — Das erste Obergeschoß enthält eine gynäkologische Abteilung, Schülerinnen- und Schwesternzimmer und die Schwesternmesse, ferner über den Entbindungszimmern den aseptischen Operationssaal mit Vorbereitungszimmer und Nebenräumen und zwei Behandlungszimmer; das zweite Obergeschoß das Untersuchungszimmer für Hausschwangere, die Schlafräume für die Hausschwangeren, Schwestern- und Pflegerinnenzimmer und davon abgetrennt eine Abteilung für Wöchnerinnen.

Im Keller des *Südflügels* befinden sich außer Lagerräumen das große Laboratorium nebst Präparatensammlungszimmer, und das Röntgenzimmer, in den übrigen drei Geschossen Abteilungen für Wöchnerinnen. Jede Abteilung hat zwei Badezimmer, einen Tageraum, ein Untersuchungszimmer, eine Tee- und Austeilungsküche, einen Putzraum.

Der Keller des *Nordflügels* enthält einen Verbandstoffsterilisierraum, die Milchküche mit Kühlraum,

ein Nähzimmer, zwei Aufnahmebäder; im Erdgeschoß die septische Abteilung mit Operationssaal, Vorbereitungszimmer, Entbindungszimmer mit drei Betten, neun Krankenzimmer mit 36 Betten; im ersten Obergeschoß eine Kostgängerabteilung mit

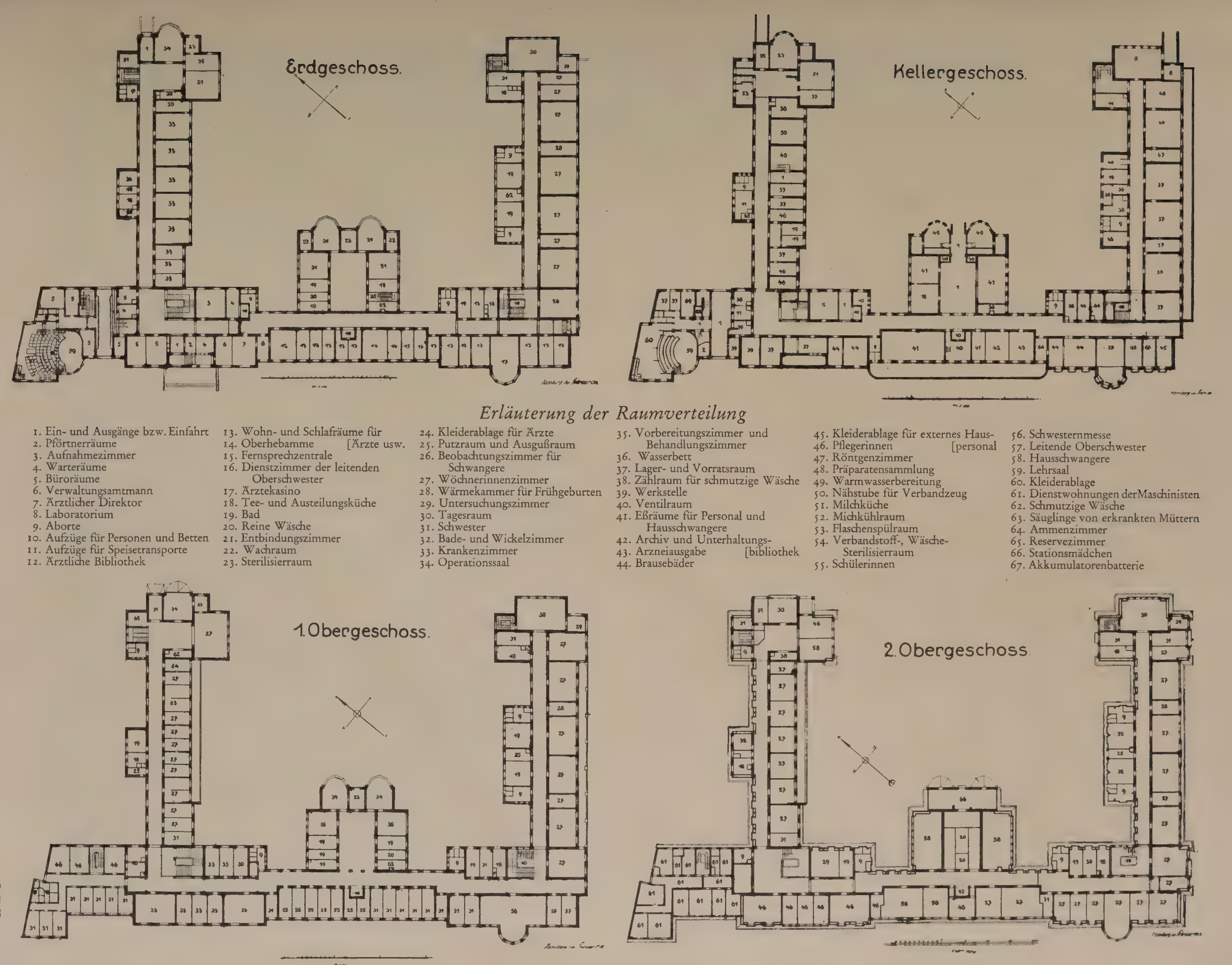


Entbindungszimmer und Tageraum, im zweiten Obergeschoß eine Abteilung für nicht septische Wöchnerinnen und Kranke, die einer längeren Anstaltsbehandlung bedürfen.

Im *Erweiterungsbau* sind untergebracht der Lehrsaal, in den man von der Einfahrt gelangen kann, ein Lehrmittelzimmer, Bureauräume, zwei Maschinistenwohnungen und Wohnräume der Schwestern und Pflegerinnen.

Das *Wirtschaftsgebäude* besteht aus der Kochküche und der Waschküche. Platten- bzw. Terrazzofußböden ermöglichen eine leichte und gründliche Reinigung. Durch Benutzung der verschiedensten Apparate wird mit Dampf, Gas und Elektrizität die Handarbeit bedeutend eingeschränkt. Die nötigen Vorrats- und Wirtschaftsräume liegen im Kellergeschoß, eine Wäscheausgabestelle im Erdgeschoß, eine Näh- und Flickstube, Dampf- und Trockenmangel sowie Wäschetrockenräume mit einem Kulissentrockenapparat in den oberen Geschossen.

Im *Kesselhaus* stehen zur Dampfversorgung des ganzen Instituts fünf Kessel zur Verfügung, von denen drei gewöhnlich genügen. Eine große Werkstatt, ein Verbrennungsofen, Desinfektionsräume mit einem Formalindampfvakuumapparat und ein



Erläuterung der Raumverteilung

1. Ein- und Ausgänge bzw. Einfahrt
2. Pförtnerräume
3. Aufnahmezimmer
4. Warteräume
5. Büroräume
6. Verwaltungsamtmann
7. Ärztlicher Direktor
8. Laboratorium
9. Aborte
10. Aufzüge für Personen und Betten
11. Aufzüge für Speisetransporte
12. Ärztliche Bibliothek
13. Wohn- und Schlafräume für Ärzte usw.
14. Oberhebamme
15. Fernsprechzentrale
16. Dienstzimmer der leitenden Oberschwester
17. Ärztekasino
18. Tee- und Austeilungsküche
19. Bad
20. Reine Wäsche
21. Entbindungszimmer
22. Wachraum
23. Sterilisierraum
24. Kleiderablage für Ärzte
25. Putzraum und Ausgußraum
26. Beobachtungszimmer für Schwangere
27. Wöchnerinnenzimmer
28. Wärmekammer für Frühgeburten
29. Untersuchungszimmer
30. Tagesraum
31. Schwester
32. Bade- und Wickelzimmer
33. Krankenzimmer
34. Operationssaal
35. Vorbereitungszimmer und Behandlungszimmer
36. Wasserbett
37. Lager- und Vorratsraum
38. Zählraum für schmutzige Wäsche
39. Werkstelle
40. Ventilraum
41. Eßräume für Personal und Hausschwangere
42. Archiv und Unterhaltungsbibliothek
43. Arzneiausgabe
44. Brausebäder
45. Kleiderablage für externes Hauspersonal
46. Pflegerinnen
47. Röntgenzimmer
48. Präparatensammlung
49. Warmwasserbereitung
50. Nähstube für Verbandzeug
51. Milchküche
52. Milchkühlraum
53. Flaschenspülraum
54. Verbandstoff-, Wäsche-Sterilisierraum
55. Schülerinnen
56. Schwesternmesse
57. Leitende Oberschwester
58. Hausschwangere
59. Lehrsaal
60. Kleiderablage
61. Dienstwohnungen der Maschinisten
62. Schmutzige Wäsche
63. Säuglinge von erkrankten Müttern
64. Ammenzimmer
65. Reservezimmer
66. Stationsmädchen
67. Akkumulatorenbatterie

Kohlenraum nehmen den übrigen Teil des Kesselhauses ein.

Der *Eiskeller* zerfällt in einen Raum, in dem mit einem Lindeschen Apparat täglich 12 bis 15 Zentner Eis erzeugt werden können, und in gekachelte Kühlräume, die gegen den Eisbereitungsraum abgeschlossen sind, einen besonderen Zugang haben und mit dem Wirtschaftsgebäude durch einen unterirdischen Gang in Verbindung stehen.

Die *Belegungsmöglichkeit* ergibt folgende Zusammenstellung: 60 Schwangere, 224 Wöchnerinnen, *54 gynäkologisch Kranke einschl. Fehlgeburten,* 261 Kinder, 175 *interne Angestellte einschl. Schülerinnen,* insgesamt: *774 Personen.*

Im Kalenderjahre 1927 wurden 3670 Frauen entbunden, so daß fast 25 v. H. aller Geburten Hamburgs im Institut vorkamen, 530 Fehlgeburten und 1213 gynäkologisch Kranke behandelt. Außerdem wurden 404 Schwangere als Hausbeschäftigte in den letzten Monaten der Schwangerschaft im Einvernehmen mit der Wohlfahrtsbehörde aufgenommen, die ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend zu leichteren Arbeiten, wie Reinigungsarbeiten auf den Abteilungen, Hilfeleistungen im Wirtschaftsbetrieb und Näharbeiten, verwandt werden.

Als *Lehrinstitut* dient die Anstalt der Aus- und Fortbildung der Hebammen und der Ausbildung der Wochenpflegerinnen. Es ermöglicht Ärzten, in bezahlten Volontärarztstellen und unbezahlten Hospitantenstellen sich die zur Allgemeinpraxis nötige geburtshilfliche Ausbildung dank des großen Materials in kurzer Zeit anzueignen und gibt auch Medizinalpraktikanten und Studenten Gelegenheit zur praktischen Betätigung in der Geburtshilfe. Die Schwestern — Angehörige des Schwesternvereins der hamburgischen Staatskrankenanstalten — erlernen im Institut nach ihrer Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege die Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen.

Eine Abteilung für ernährungsgestörte Säuglinge, die im Jahre 1923 wegen Platzmangels aufgegeben wurde und durch die Errichtung und den Ausbau anderer Säuglingsheime nicht mehr erforderlich war, kann im Bedarfsfalle ohne Kosten wieder eingerichtet werden.

Was die *Fürsorgearbeit* des Instituts betrifft, so ist zunächst zu bemerken, daß alle Ledigen und die übrigen fürsorgebedürftigen Schwangeren und Wöchnerinnen von einer Fürsorgerin des Jugendamtes betreut und beraten werden, die auch die Erledigung der Vaterschafts- und Vormundschaftsfragen vermittelt und die Unterbringung in Mütterheime regelt. — Auf Wunsch der Behörde für öffentliche Jugendfürsorge beteiligt sich das Institut seit 1921 an der Fürsorge für ledige werdende Mütter dadurch, daß es Sprechstunden für Schwangere abhält. — Auch werden in der Erkenntnis, daß alle Bestrebungen zur Vorbeugung und Heilung der Schwangeren und Wochenbettskrankheiten und zum Schutze des Säuglings nur dann einen Erfolg haben, wenn die Aufklärung und Belehrung der Mütter und jungen Mädchen auf die breiteste Basis gestellt wird, Unterrichtskurse für diese abgehalten, an denen auch die Hausbeschäftigten teilnehmen.

In diesen sechswöchigen Kursen erfolgen durch die leitende Oberschwester unter Beihilfe anderer Schwestern nach Anleitung des Direktors theoretische und praktische Unterweisungen über das Wichtigste der Schwangerschaft und Geburt, der Wochen- und Säuglingspflege. Sie sind geeignet, in weiten Kreisen Unwissenheit und Aberglauben zu beseitigen, stiften nach den gemachten Erfahrungen viel Gutes und erfreuen sich auch großer Beliebtheit.

Die Tätigkeit des Instituts wäre unvollkommen, wenn es sich um die Wöchnerinnen und Kinder nach der Entlassung nicht mehr kümmerte. Da die für die entlassungsfähigen, aber noch nicht voll arbeitsfähigen Wöchnerinnen mit ihren Kindern eingerichtete Abteilung des Instituts wenig gebraucht wurde und andern Zwecken dienen mußte, war es zu begrüßen, daß Vereinbarungen mit der Jugend- und Wohlfahrtsbehörde ermöglichten, diese Wöchnerinnen, wenn sie noch nicht arbeitsfähig sind oder keine Unterkunft haben, Mütterheimen zu überweisen, wo sie sich noch sechs bis acht Wochen kräftigen, das Kind selbst stillen und auch einer Beschäftigung nachgehen können. Im Jahre 1927 wurden 141 Wöchnerinnen dem Marthahaus, zwei dem Mädchenheim Alstertwiete und 35 dem Mütterheim Groß-Borstel überwiesen.

DAS INSTITUT FÜR SCHIFFS- UND TROPEN-KRANKHEITEN

VON OBERMEDIZINALRAT PROF. DR. NOCHT, DIREKTOR DES INSTITUTS

GESCHICHTLICHES.

DAS Institut wurde 1900 auf meine Anregung gegründet, nachdem ich erkannt hatte, daß sich in Hamburg wegen der dort von Übersee zahlreich eintreffenden Tropenkranken eine geeignete Ausbildungstätte für unsere Kolonialärzte schaffen ließe. Das Reich, das ähnliche Pläne hatte, schloß sich diesem Gedanken an, und so wurde das vom Hamburger Staat errichtete Institut mit der Ausbildung der Regierungs- und Schutztruppenärzte für das Reich und der Schiffsärzte betraut. Es blieb (bis 1906) auch der hafenärztliche Dienst — durch Personalunion mit dem Direktor — damit verbunden, und es wurde ein eigenes Krankenhaus neben dem wissenschaftlichen Institut errichtet, das im Seemannshause untergebracht wurde.

Der zunehmende Arbeitskreis führte wiederholt zu Einbeziehung neuer Räume, und 1910 wurde ein Neubau beschlossen, der im Frühjahr 1914 eingeweiht werden konnte.

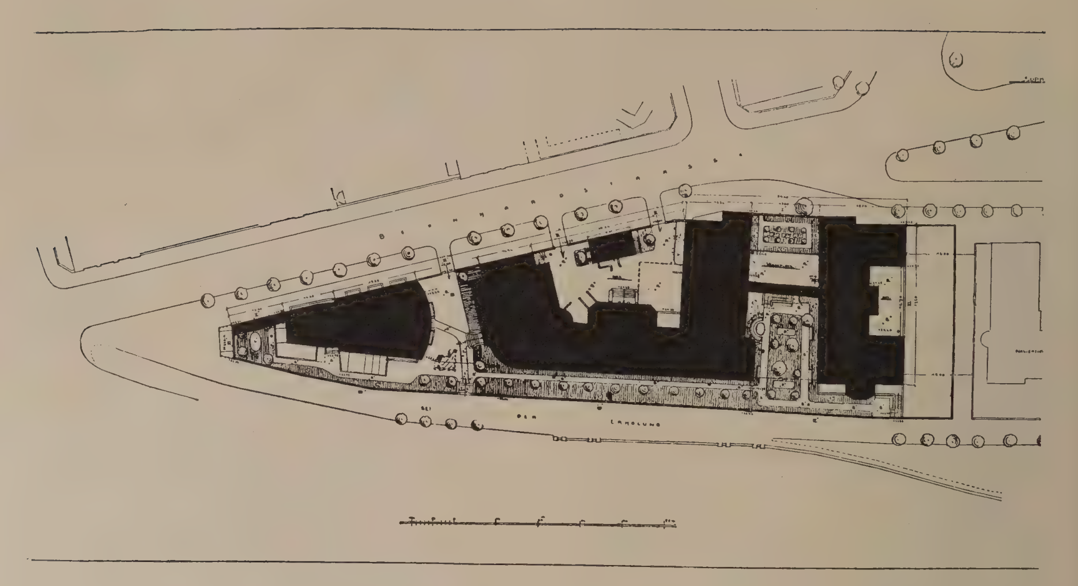
ORGANISATION DES INSTITUTS.

Die praktischen und wissenschaftlichen Aufgaben des Instituts haben im Laufe der Jahre zu einer Gliederung in eine Reihe selbständiger Abteilungen geführt. Die einzelnen Abteilungen sind folgende:

1. Direktorialabteilung (Direktor Obermedizinalrat *Prof. Dr. B. Nocht)*,
2. Helminthologische Abteilung (Leiter Geh. Medizinalrat *Prof. Dr. F. Fülleborn*),
3. Klinische Abteilung (Leiter *Prof. Dr. P. Mühlens)*,
4. Chemische Abteilung (Leiter *Prof. Dr. G. Giemsa*),
5. Bakteriol. Abteilung (Leiter *Prof. Dr. M. Mayer*),
6. Protozoologische Abteilung (Leiter *Prof. Dr. E. Reichenow;* [1905 *Schaudinn*, 1906—1919 *v. Prowazek*, 1919—1921 *Nöller*]),
7. Entomologische Abteilung (Leiter *Prof. Dr. E. Martini)*,
8. Pathologisch-anatomische Abteilung (Leiter *Dr. R. Höppli*; 1909—1928 *Prof. Dr. H. da Rocha-Lima*).



Gesamtansicht



Tierhaus *Hauptgebäude* *Krankenhaus*

Gesamtanlage des Instituts

Grundriß, Hauptgebäude I. Stock

Schreibzimmer für Abt. Vorstand
Bakteriologisches Laboratorium für Abt. Vorstand
Brutraum
Bakteriologischer Arbeits- und Praktikantenraum
Spülraum
Bakt. Assistent
Frühstücksraum u. Damengarderobe
Tel.
Klinisches Laboratorium
Spülraum
Brutraum
Schreibzimmer für Abt. Vorstand
Laboratorium
Klin. Assistent
Laboratorium des Direktors
Direktor
Balkon
Kurssaal
Helminth. Assistent
Aborte
Helminthologisches Laboratorium
Vorbereitungsraum
Spülraum
Zeichensaal
Schreibz. f. Abt. Vorstand
Bücherei
Schreibz. f. Bibliothekarinnen
Lesezimmer
Vorzimmer
Direktor

Jede Abteilung besitzt ein Schreibzimmer und Laboratorium für den Abteilungsvorsteher und mehrere Laboratorien für Assistenten, Praktikanten und die nötigen Nebenräume. Außerdem ist im Erdgeschoß des Instituts — neben der Verwaltung — der hafenärztliche Dienst (Hafenarzt *Prof. Dr. Sannemann)* untergebracht, der zwar völlig selbständig, doch mit dem Institut nach wie vor in engster Verbindung geblieben ist. (Über den hafenärztlichen Dienst wird in einem besonderen Abschnitt dieses Buches berichtet.)

RAUMANORDNUNG.

Das nach den Plänen des Herrn Oberbaudirektors *Prof. Schumacher* errichtete Institut besteht — wie aus dem Lageplan ersichtlich ist — aus drei Hauptgebäuden: dem Institutsgebäude, Krankenhaus und Tierhaus, sowie zwei kleineren Gebäuden, von denen eines den Sektionsraum mit Leichenraum enthält, ein zweites ein Warmhaus ist.

Das *Institutsgebäude* beherbergt im Erdgeschoß Verwaltungsräume und den hafenärztlichen Dienst, sowie ein tropenhygienisches, auch für Laien bestimmtes Museum.

Im ersten Stock befinden sich der große Kurssaal, Bücherei, Direktorialabteilung, helminthologische, bakteriologische Abteilung und die Laboratorien der klinischen Abteilung.

Der zweite Stock enthält die chemische, entomologische, protozoologische und pathologisch-anatomische Abteilung und den großen Hörsaal.

Im dritten Stock befinden sich außer Assistenten-Wohnräumen und der Ärztemesse ein photographisches Atelier sowie Warmzimmer für Schlangen und tropische Krankheitsüberträger.

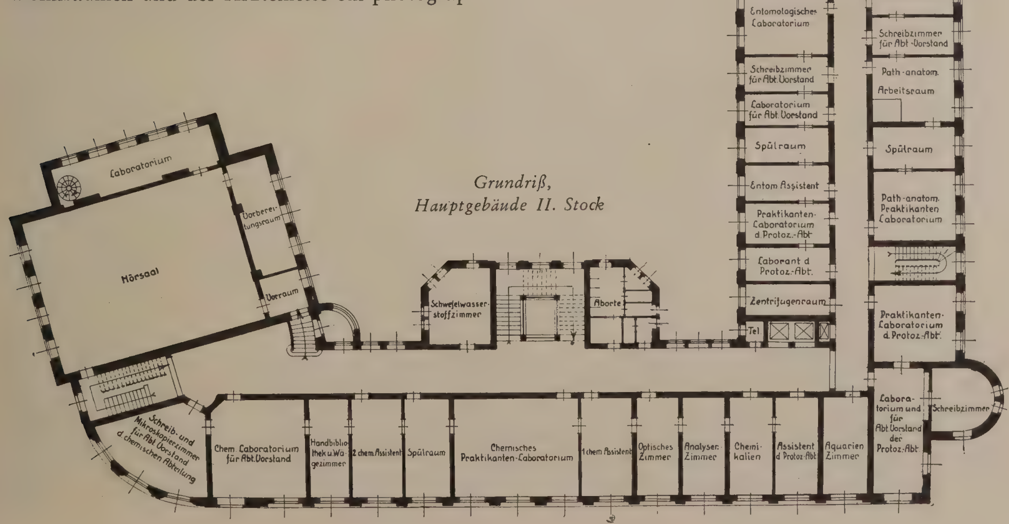
Im Kellergeschoß sind Räume für Mikrophotographie und Mikrokinematographie, Schlosserei, Tischlerwerkstatt, Kühlraum.

Das *Krankenhaus,* mit dem Institut durch gedeckte Gänge verbunden, kann 70 Kranke in drei Klassen aufnehmen. Es enthält außer den üblichen Nebenräumen im Erdgeschoß Räume für Patienten erster und zweiter Klasse mit Tagesraum, Untersuchungszimmer, eine Isolierstation für infektiöse Kranke und einen Röntgen- und Bestrahlungsraum. Im ersten Stock sind ein größerer und zwei kleinere Säle für die dritte Klasse mit Tagesräumen, ein Verbandszimmer und Nebenräume. Die Schwestern wohnen im dritten Stock; das Erdgeschoß enthält die Küche und Wirtschaftsräume.

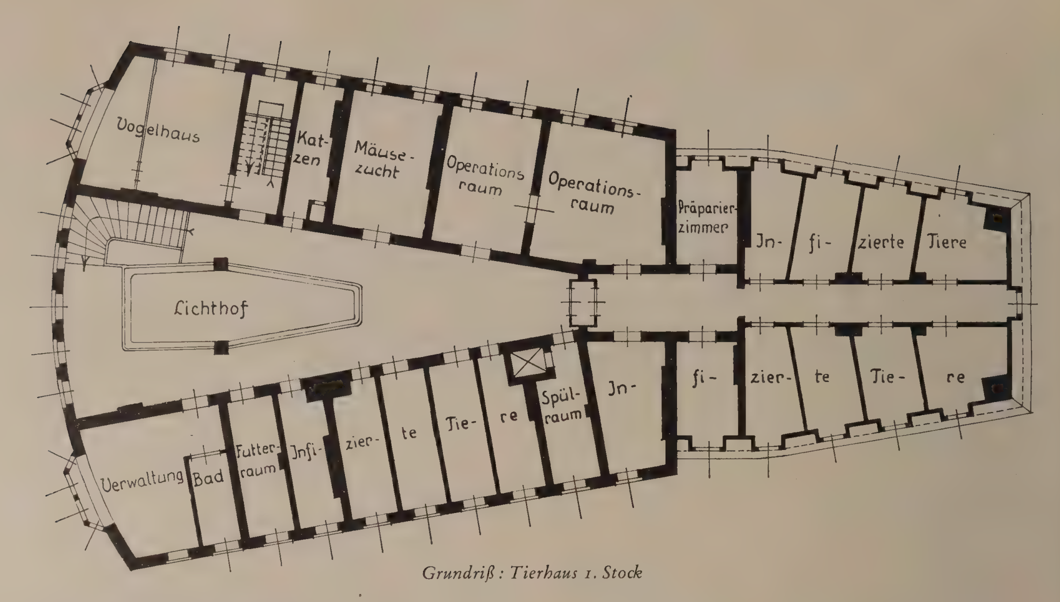
Das *Tierhaus* mußte wegen des knappen Raumes zweistöckig gebaut werden, doch hat sich diese Anlage in jeder Hinsicht gut bewährt.

Es enthält zunächst im Erdgeschoß eine Zuchtabteilung für Kaninchen und Meerschweinchen mit untermauerten Ausläufen ins Freie, die von der Abteilung der infizierten Tiere völlig getrennt ist. Darunter liegt im Kellergeschoß die Abteilung für Rattenzucht.

Im Erdgeschoß befinden sich vier Ställe für acht große Tiere (Pferde, Rinder u. a.), ein Operations-



Grundriß, Hauptgebäude II. Stock



Grundriß: Tierhaus 1. Stock

bzw. Sektionsraum für große Tiere, Ställe für Affen und Hunde mit Ausläufen, die halb mit Glas gedeckt sind, und anschließend ein, 1926 errichtetes, besonderes Hundehaus mit zehn Boxen und Einzelausläufen.

Das Obergeschoß enthält den Verwaltungsraum mit Baderaum (für Wärterpersonal), 18 Einzelräume für infizierte Tiere und zwei vollständig eingerichtete Laboratorien, davon eines als Operationszimmer, sowie ein Vogelhaus.

Das Kellergeschoß enthält Vorratsräume, eine Futterküche, einen Verbrennungsraum für kleine Kadaver, einen Desinfektionsraum mit großem Dampfsterilisator für Käfige (die durch Aufzug von den oberen Stockwerken herabgelassen werden), ein Hundebad und den Heizraum für die eigene Warmwasserheizung des Tierhauses.

Auf dem Boden befinden sich Futtervorräte und ein Taubenschlag.

Das *Sektionshaus* enthält einen Leichenraum und einen Sektionsraum.

Das *Warmhaus* aus Glas und Eisen, 1928 fertiggestellt, enthält drei auf verschiedene Temperaturen zu bringende Räume, um tropische Krankheitsüberträger, wie Stechmücken, Zecken usw., unter möglichst natürlichen Verhältnissen zu züchten.

Alle Laboratorien sind mit den modernsten Einrichtungen ausgestattet; im Hörsaal befindet sich außer dem Projektionsapparat auch ein kinematographischer Vorführungsapparat. Der Kursussaal enthält in zwei Reihen angeordnet 50 Arbeitsplätze.

DIE DEMONSTRATIONS- UND LEHRMITTELSAMMLUNG UND DAS LEBENDE STUDIENMATERIAL[1].

Die Sammlungen des Instituts gliedern sich in das wissenschaftliche Arbeitsmaterial, das je nach seiner Art auf die verschiedenen Abteilungen verteilt ist, und die eigentlichen Lehrsammlungen, die einheitlich verwaltet werden und so untergebracht sind, daß sie allen Institutsmitgliedern jederzeit zur Verfügung stehen.

Dank den guten Beziehungen, die das Institut durch seine in aller Welt als Ärzte tätigen Schüler, durch seine Freunde im In- und Ausland und nicht zuletzt durch die zahlreichen Reisen seiner Mitglieder mit allen Tropenländern unterhält, ist nicht nur das wissenschaftliche Arbeitsmaterial im Laufe der Jahre ein sehr reichhaltiges geworden, sondern auch die makroskopische Lehrsammlung, die im Kursussaal des Instituts in Schauschränken untergebracht ist. Sie enthält sehr wertvolle und schöne Stücke; erwähnt sei davon nur eine Sammlung von Dysenterie-Präparaten, die Zusammenstellung tropischer Gifttiere und endlich die tropischer Helminthenkrankheiten und die Sammlung der Krankheitsüberträger.

---

[1] Es sei darauf hingewiesen, daß ein Verkauf von Lehrmaterial, wissenschaftlichem Material, Krankheitserregern usw. nicht stattfindet und derartiges nur ausnahmsweise an Forscher und Institute, die mit dem Institut in freundschaftlichem Tauschverkehr stehen, abgegeben werden kann.



Museum

Hörsaal

Die mikroskopischen Demonstrationssammlungen enthalten praktisch alle für die Tropen in Betracht kommenden Krankheitserreger der Menschen und histopathologische Präparate von den veränderten Geweben.

Einen besonderen Wert hat das Institut von Anfang an auch auf die Beschaffung von graphischem Unterrichtsmaterial gelegt, und da bei der Gründung des Instituts davon noch so gut wie gar nichts vorhanden war, so ließ es im Laufe der Jahre eine große Anzahl farbiger Originaltafeln, meist nach seinen Originalpräparaten, malen; es besitzt davon zur Zeit über 100 von allen Gebieten der Schiffs- und Tropenmedizin und -hygiene sowie der Parasitologie, zum Teil in allergrößtem Format.

Ebenso stehen für Vorlesungszwecke einige tausend (zum Teil nach einem besonderen Verfahren farbig auf Glas gemalte) Diapositive zur Verfügung, meist Originalphotogramme resp. Mikrophotogramme.

Weiterhin befinden sich in der Demonstrationssammlung eine Anzahl tropenmedizinischer Lehrfilme, die in den Kursen und Vorlesungen vorgeführt werden.

Erwähnt sei ferner, daß das Institut auch sehr zahlreiche Photographien über alle seinen Interessenkreis umfassenden Gebiete von Freunden und Gönnern im Laufe der Jahre erhalten hat.

Eine bakteriologische und mykologische Kultursammlung enthält die wichtigsten Krankheitserreger.

Zu Lehr-, Studien- und chemotherapeutischen Zwecken verfügt das Institut stets über eine größere Zahl von in Tieren am Leben erhaltenen *Krankheitserregern sowie der Überträger* derselben.

Von diesen waren zur Zeit der Abfassung dieser Beschreibung vorhanden:

1. *Protozoen:* Trypanosomen: Tr. lewisi, criceti, brucei, evansi, equinum, equiperdum, gambiense (5 Stämme), rhodesiense; congolense; verschiedene Vogeltrypanosomen; Schizotrypanum cruzi.
   Proteosoma, Leishmania, Piroplasma canis und pitheci.
   Spirochäten: Sp. duttoni, hispanica, pallida, Leptospira icterogenes und icterohaemorrhagiae.
   Spirillum morsus muris. Bartonella muris. Kulturen von Ruhramöben und verschiedenen Darmflagellaten.
2. *Würmer:* Dirofilaria immitis, Toxascaris, Belascaris, Hunde-Ankylostoma, Strongyloides.
3. *Insekten und andere Arthropoden:* Aedes aegypti (Stegomyia fasciata); verschiedene Anophelinen und Culicinen; Ornithodorus moubata und marocanus, Triatoma megista und infestans. Argas miniatus.
4. *Schlangen:* Zur Zeit Klapperschlangen.

DAS TROPENHYGIENISCHE MUSEUM.

ist in einem großen Raum im Erdgeschoß untergebracht und ist nicht nur für Ärzte, sondern auch für Laien bestimmt. Es gibt an Hand von Abbildungen, Fieberkurven, Modellen und Moulagen einen Überblick über die wichtigsten Tropenkrankheiten und ihre Bekämpfung. Ein großer Teil des Materials war auf der Dresdener (1911) und Düsseldorfer (1926) Hygiene-Ausstellung ausgestellt.

DIE BÜCHEREI.

Sie stellt eine der vollständigsten tropenmedizinischen Bibliotheken der Welt dar und enthält außerdem zahlreiches Material aus den Grenzgebieten, wie klinische Medizin, Hygiene, Bakteriologie und Immunitätswissenschaft, Zoologie (insbesondere Protozoologie und Entomologie), Veterinärmedizin und Chemie.

Der Gesamtbestand an Büchern und Sonderdrucken beträgt etwa 20 000. Laufende Zeitschriften gehen zur Zeit 178 ein, darunter 48 deutsche und 132 fremdsprachige. Ein großer Teil dieser ist von den Schriftleitungen der im Institut redigierten Zeitschriften („Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene" sowie „Revista Médica de Hamburgo") zur Verfügung gestellt.

Die Einrichtung ist derart, daß im großen Lesesaal außer den laufenden Zeitschriften eine reichhaltige Handbibliothek sich befindet, während die eigentliche Bücherei in einem zweigeschossigen Raum untergebracht ist. Die Benutzung der Bibliothek und des Lesezimmers seitens nicht zum Institut gehöriger Personen ist sehr groß. 1927 wurden z. B. 160 Bücher nach auswärts entliehen.

DIE WISSENSCHAFTLICHE UND LEHRTÄTIGKEIT.

Die Notwendigkeit heimischer tropenmedizinischer Institute für die Lehrtätigkeit zur Vorbildung von Tropenärzten und des für die Tropen bestimmten übrigen Sanitätspersonals bedarf keiner Begründung. Wenn es jetzt kaum noch Tropenärzte gibt, die ohne Schulung in der mikroskopischen Diagnose der Tropenkrankheiten hinausgehen, so ist das zum wesentlichsten Teil der Tätigkeit der medizinischen Tropenschulen zuzuschreiben. Auch das hamburgische Institut hat daran einen beträchtlichen Anteil genommen. Außer für Tropenärzte fanden auch

wiederholt abgekürzte Kurse für Schiffsärzte statt; jetzt werden solche häufig von den Reedereien zu den großen Kursen beurlaubt. Ferner sind für Schwestern und Laborantinnen, Missionare und Lazarettgehilfen Kurse über Krankenpflege bei tropischen Krankheiten und zur Unterstützung des Arztes im Laboratorium und bei der praktischen Sanierung abgehalten worden. Die Hörer am früheren Hamburger Kolonialinstitut (Kolonialbeamte, Kaufleute usw.) wurden in den Winter- und Sommersemestern vor dem Kriege durch besondere Vorlesungen in die Grundzüge der Tropenhygiene eingeführt. Auch jetzt finden im Rahmen des Vorlesungswesens der Hochschulbehörde sowie der Volkshochschule wiederholt populäre, für jedermann zugängige tropenhygienische Vorlesungen statt.

Nach Gründung der Universität Hamburg im Jahre 1919 sind außer dem Direktor, dem das erste Ordinariat in Deutschland für Tropenhygiene und Tropenmedizin übertragen wurde, folgende Institutsmitglieder als Universitätsdozenten tätig: *Prof. Fülleborn* (a.o. Professor), *Prof. Mühlens* (Honorarprofessor), *Prof. Giemsa, Martini, Mayer* und *Reichenow.*

In der Regel werden jährlich zwei Kurse für Ärzte abgehalten. Von diesen ist auf Veranlassung der Hygiene-Organisation des Völkerbundes der Frühjahrskursus seit 1926 als spezieller Malariakursus ausgebildet worden.

In den beiden Kursen finden vormittags von 9 bis 12 Uhr Vorlesungen, Demonstrationen und klinische Visiten statt, während nachmittags von 2 bis 4 Uhr praktisch gearbeitet wird.

Das gekürzte Programm der Kurse ist folgendes:

I. *Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie* (alljährlich Anfang Oktober bis Weihnachten):

Normales und pathologisches Blut und seine wichtigsten Untersuchungsmethoden. *Protozoenkrankheiten:* Einführung in die Protozoenkunde. Malaria (Parasitologie, Klinik, Pathologie und Bekämpfung). Trypanosomen und Trypanosomenkrankheiten. Leishmanien und L.-Krankheiten (Kala-azar, Orientbeule). Piroplasmen und P.-Krankheiten. Amöben und A.-Krankheiten (Dysenterie, Leberabszeß). Darmflagellaten. *Spirochäten und Spirochäetosen:* Recurrens. — Framboesie. — Gelbfieber, Weilsche Krankheit. — Rattenbißkrankheit. Andere menschliche und tierische Spirochätosen. *Bakterielle exotische Krankheiten:* Pest, Maltafieber, Cholera, Lepra. Venerisches Granulom u. a. *Sonstige exotische Infektionskrankheiten:* Pocken. Fleckfieber und andere exanthematische Infektionen. Dengue, Pappatacifieber. Kedani und die übrigen kurzfristigen, noch ungeklärten Fieber der warmen Länder. Verruga peruviana u. a. *Exotische Hautkrankheiten:* Tineae, Madurafuß, Ulcus tropicum. Klimatische Bubonen u. a. *Exotische Ernährungskrankheiten:* Beriberi, Pellagra. Skorbut. Sprue. *Wurmkrankheiten:* Einführung in die medizinische Helminthologie. Einheimische Wurmkrankheiten. Exotische Wurmkrankheiten (insbes. Ankylostomiasis, Filarien, Bilharziose). *Medizinische Entomologie:* Blutsaugende Dipteren. Läuse, Wanzen, Flöhe, Milben (Zecken). Parasitische Fliegenlarven. Linguatuliden. *Exotische Gifttiere. Impfwesen. Die für den Tropenarzt wichtigsten chemischen Untersuchungsmethoden. Tropenhygiene und Klimatologie. Schiffshygiene und Quarantänewesen. Fleischbeschau und verschiedene für das Ausland wichtige Tierseuchen. Grundzüge der Eingeborenen-Psychologie für Mediziner.*

Am Schlusse dieses Kurses können sich die Teilnehmer einer freiwilligen Prüfung in Tropenmedizin und medizinischer Parasitologie unterziehen und erhalten darüber ein Zeugnis.

II. *Malariakursus* (Dauer 30 Tage, Beginn gewöhnlich im Mai). 1. Hämatologie (2 Tage), 2. Allgemeines über Blutprotozoen (3 Tage), 3. Malariaparasiten und mikroskopische Malariadiagnose (4 Tage), 4. Klinik der Malaria (5 Tage), 5. Entomologie der Malaria (8 Tage), 6. Epidemiologie und Bekämpfung der Malaria (8 Tage).

Außer den Kursen stehen in allen Abteilungen für Vorgeschrittene Arbeitsplätze zur Verfügung, auch können Ärzte an der Klinik hospitieren. *Seit Gründung des Instituts bis Ende 1927 sind 1585 Ärzte ausgebildet worden.*

Die Zahl der von 1919 bis 1927 ausgebildeten Ärzte geht aus der folgenden Tabelle hervor, die zeigt, daß gerade in den letzten Jahren der Besuch der Kurse, insbesondere auch seitens der Ausländer, ein sehr großer war. Es stammten von den 20 ausländischen Teilnehmern des Malariakurses 1927 aus Aserbeid-

Jahr	Zahl der Kurse	Kursteilnehmer	Inhaber von Arbeitsplätzen	Gesamtzahl der Ausgebildeten	Darunter Ausländer
1919	—	—	30	30	6
1920	2	19	13	32	7
1921	1	29	19	48	17
1922	1	63	20	83	43
1923	2	76	21	97	31
1924	2	38	23	61	24
1925	1	35	17	52	21
1926	2	49	39	88	29
1927	2	73	36	109	65

Teil eines Laboratoriums

Lesezimmer

schan 4, Jugoslawien und Rußland je 3, Bulgarien und Venezuela je 2 und aus Spanien, Peru, Paraguay, Palästina, Indien und der Türkei je 1 Teilnehmer.

Von den 22 ausländischen Teilnehmern des großen Kurses 1927 waren aus der Türkei 3, Rußland 2, Brasilien 2 und je 1 aus Österreich, Jugoslawien, Rumänien, Georgien, Aserbeidschan, Ägypten, Schweiz, Norwegen, Spanien, Indien, China, Peru, Columbien, Paraguay, Argentinien.

Die Tätigkeit der Mitglieder und Assistenten erstreckt sich nicht nur auf Arbeiten innerhalb des Instituts, sondern es haben auch bereits zahlreiche *Ausland-Expeditionen* stattgefunden, die zum Teil — insbesondere nach dem Kriege — auf Einladung ausländischer Staaten zur Organisation von Seuchenbekämpfung erfolgt sind. Nach dem Krieg waren dies die folgenden:

1. *Prof. Nocht:* Mehrere Studienreisen als Leiter der vom Völkerbund während der Jahre 1922 bis 1926 veranstalteten Malariakommissionsreisen nach Süd- und Osteuropa und Kleinasien,
   Berufung zur Organisation des Tropeninstituts in Skoplje und der Malariabekämpfung in Jugoslawien;
2. *Prof. Mühlens:* Berufung zur Erforschung und Bekämpfung der Malaria in Dalmatien (1922 und 1923),
   Leitung der Roten-Kreuz-Expedition nach Rußland zur Hunger- und Seuchenhilfe (1921 und 1922),
   Berufung durch das argentinische Gesundheitsamt zur Erforschung und Bekämpfung der Malaria und anderer endemischen Krankheiten in Nordargentinien,
   Reisen zur praktischen Erprobung des Malariaheilmittels „Plasmochin" nach Jugoslawien, Bulgarien, Griechenland und Türkei (Sommer und Herbst 1926),
   Reise auf Einladung der Regierungen von Venezuela, Mexiko und Zentralamerika zur Abhaltung von Vorträgen und Kursen sowie zur Teilnahme an den Ärztekongressen in Maracay (Venezuela) und Mexiko (November 1926 bis Mai 1927);
3. *Prof. Martini:* Berufung zu einer Malariastudienreise nach Rußland (nach den sog. „deutschen Wolgakolonien") 1925,
   Berufung durch das türkische Hygiene-Ministerium nach Anatolien zum Studium der Stechmücken und Bekämpfung der Malaria (1926);
4. *Prof. Fülleborn:* Studienreise nach Zentral- und Südamerika zu Vorträgen und Bekämpfung der Hakenwurmkrankheit (1922).
   Entsendung im „Austausch" gegen einen nordamerikanischen Professor zu Studienzwecken nach Nordamerika durch die Hygiene-Abteilung des Völkerbundes (Oktober bis Dezember 1923),
   Teilnahme am tropenmedizinischen Kongreß in Kingston (Jamaica) als Gast der nordamerikanischen United Fruit Company (August/September 1924),
   Berufung durch die argentinische Regierung zum Studium und zur Bekämpfung der Hakenwurmkrankheit in Argentinien (1927);
5. *Dr. Höppli:* Studienaufenthalt in Nordamerika als Stipendiat der Rockefeller-Stiftung (Dezember 1924 bis Februar 1926),
   Beurlaubung als Dozent an die Universität Amoy (China). (März 1927 bis Oktober 1928);
6. *Dr. Fischer:* Reise nach Westafrika zum Zwecke eines Prophylaxeversuches mit dem Malariaheilmittel „Plasmochin" (April bis Juli 1926);
7. *Dr. Kikuth:* Wissenschaftliche Arbeiten im Instituto Oswaldo Cruz in Rio de Janeiro (Oktober 1927 bis April 1928).

Von *wissenschaftlichen Arbeiten* sind aus dem Institut bisher über 900 hervorgegangen, außerdem eine Reihe von Lehrbüchern, die zum Teil auch in fremde Sprachen übersetzt wurden.

Das Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, das bereits im 32. Jahrgang steht, wird seit 1916 von Mitgliedern des Instituts geleitet; ebenso befindet sich die Schriftleitung der „Revista Médica de Hamburgo" in Händen von Institutsmitgliedern.

Sehr stark ist die Inanspruchnahme der einzelnen Abteilungen für wissenschaftliche Anfragen, gutachtliche Äußerungen und besonders Begutachtungen eingesandten Materials von Tropenkrankheiten, Überträgern usw.

DIE KRANKENABTEILUNG DES INSTITUTS

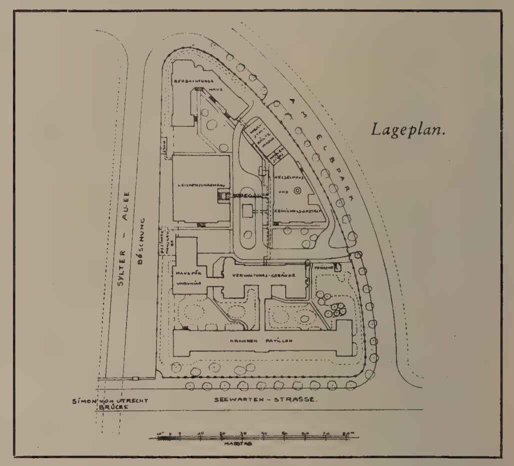
wird sehr stark in Anspruch genommen, so daß eine Vergrößerung geplant ist. Die Kranken rekrutieren sich aus Seeleuten aller Länder, ferner heimgekehrten Auslanddeutschen sowie Ausländern aus tropischen und subtropischen Gegenden, die in dauernd zunehmender Zahl im Hamburger Institut Heilung von tropischen Leiden suchen. So wurden im Jahre 1927 stationär behandelt 800 Kranke, darunter 300 Fälle von Malaria, 70 von Ruhr (darunter zahlreiche von Amöbenruhr), 17 von Typhus, 10 von Maltafieber, 20 von klimatischen Bubonen, 2 von Schlafkrankheit, 1 von Bilharzia, 1 von Rückfallfieber, 4 von Ankylostomiasis und zahlreiche andere Fälle von verschiedenen Wurminfektionen (darunter mehrere Filariasisfälle) und ein Fall von Beriberi.

DAS HAFENKRANKENHAUS

VON OBERARZT DR. ROTHFUCHS

DAS Hafenkrankenhaus steht auf einem 11737 qm großen, isolierten Platze inmitten parkartiger Umgebung auf der Elbhöhe zwischen der inneren Stadt und St. Pauli. Der Elbpark, Sylter Allee und Seewartenstraße schließen sein Dreieck ein. Es liegt in nächster Nähe des Hamburger Hafens und seiner großen Werften und ist damit der gegebene Sammelpunkt der vielen Verletzten, die der gewaltige Betrieb des Hafens an Opfern fordert. In seiner Eigenschaft als Not- und Unfallkrankenhaus ist ihm eine Frauen- und kleine Notentbindungsabteilung angegliedert. Als Überrest des ehemaligen Polizeikrankenhauses besteht außerdem eine Unruhigen- und Haftabteilung, die zur Voruntersuchung der auf Geisteskrankheit Verdächtigen und zur Aufnahme schwerkranker Untersuchungs- und Strafgefangener dient, sowie eine Abteilung für Zwangsbehandlung geschlechtskranker Personen.

Weiter ist ihm eine Reinigungs- und Desinfektionsanstalt angeschlossen und ein Beobachtungshaus für Seucheverdächtige. Eine besondere Abteilung für sich bildet das Leichenschauhaus und die Anatomie, die vor allem gerichtlichen Zwecken dient. In neuester Zeit ist als Auswirkung des Geschlechtskrankengesetzes die schon bestehende Fürsorgestelle des Hafenkrankenhauses für geschlechtskranke Seeleute erweitert und bildet eine weitere Abteilung für sich.



Das Hafenkrankenhaus besteht demnach aus vier verschiedenen Instituten:

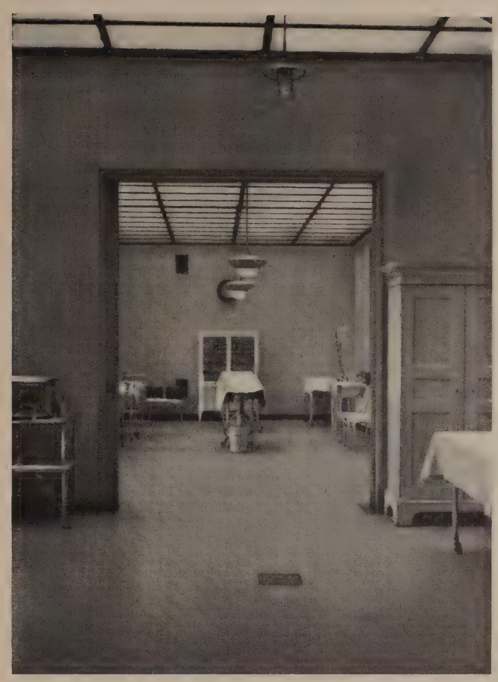
1. Unfallkrankenhaus, Verwaltungsgebäude, Pavillon 1 und 2;
2. Polizeikrankenhaus, Haus für Unruhige, Reinigungs- und Desinfektionshaus für Seuchenverdächtige;
3. Anatomie und gerichtlich-medizinisches Institut;
4. Fürsorge für geschlechtskranke Seeleute.



Hafenkrankenhaus



Unfallstation



Verbandszimmer



I. UNFALLKRANKENHAUS.

Das Verwaltungsgebäude umfaßt die Aufnahme- und Bureauräume, wie Zimmer für den leitenden Arzt des Hafenkrankenhauses nebst Warteraum. Ein Operationssaal mit verglastem Vorbau, Desinfektionsvorräume, Instrumenten- und Narkosezimmer, sowie ein Verbandszimmer, das auch für septische Operationen dient, bilden seinen rechten Flügel. Zwei modern eingerichtete Röntgenzimmer finden hier ebenfalls ihren zweckmäßigsten Platz. Im Kellergeschoß sind Küchen-, Wirtschafts- und Personalräume untergebracht. Sein Obergeschoß enthält die Dienstwohnungen der Assistenzärzte mit einer Messe und eine Beamten-Familienwohnung.

Der Hauptpavillon ist mit dem Verwaltungsgebäude durch einen Verbindungsgang verbunden. Diesem ist ein zweites Stockwerk aufgesetzt, das oben in einen großen, geräumigen, sehr hellen Verbandsaal verwandelt ist. (Siehe Abbildung.) Es ist ebenfalls für Operationszwecke eingerichtet; dadurch sind im Hafenkrankenhaus vier Möglichkeiten gegeben, gleichzeitig zu operieren, so daß auch bei Massenverletzungen, wie sie bei größeren Schiffs- und Hafenunglücken und Unruhen entstehen, die Eingelieferten rasch versorgt werden können.

Der Pavillon ist ein zweigeschössiger Doppelpavillon von Osten nach Westen gerichtet. Die westliche Hälfte des Untergeschosses und das ganze Obergeschoß dienen als Männerabteilungen, die östliche untere Hälfte als Frauenabteilung. Jede Hälfte eines Geschosses bildet eine Krankenabteilung von etwa 30 Betten (siehe Abbildung). Zunächst am Eingang liegen eine Reihe kleiner Zimmer, die teils als Extrazimmer für besonders Schwerkranke oder zu Isolierende, teils als Schwesternzimmer, als Badezimmer und Laboratorien dienen. Besonders die Frauenabteilung hat eine ganze Reihe von Sonderräumen. Der Kreißsaal mit drei Betten, das Wochenbettzimmer und der Säuglingspflege- und Wiegeraum sind abgesondert. Außerdem ist ein gynäkologisches Untersuchungszimmer vorhanden.

Ein zweiter wohnhausartiger Pavillon mit einem Erdgeschoß und Obergeschoß verfügt über 70 Betten. Er ist eingeteilt in vier Säle und mehrere Einzelzimmer zur Absonderung von Patienten, für die Schwestern und Aufsichtspersonen. Ein kleiner Saal ist als Pendelsaal eingerichtet, ein zweiter als Verbandszimmer. Belegt ist er vor allem mit Rekonvaleszenten, bereits gegipsten, unkomplizierten Bruchbehandelten und Leichtkranken.

II. POLIZEIKRANKENHAUS.

Das Unruhigenhaus besteht aus zwei nebeneinander gelegenen, für Männer und Frauen vollständig getrennten Häusern. Zwischen das Männerhaus und die Aufnahme eingeschoben liegt ein großer Verbandsraum für den Tag und Nacht laufenden chirurgischen Ambulanzbetrieb. Abgetrennt davon befinden sich vier Einzelzellen mit Doppeltür, hochliegendem Fenster, vollständig glattwandig für Tobende und Betrunkene (siehe Abbildung). Ein kleiner Saal mit sechs Betten nimmt zwangsweise zu behandelnde Geschlechtskranke auf. Oben sind zwei Säle mit je acht Betten eingerichtet, der eine für Strafgefangene, der andere für auf ihren Geisteszustand zu Beobachtende. Außerdem sind dort vier Schutzzellen, Wärter-Badezimmer und Abort eingebaut. In ähnlicher Weise steht das Frauenhaus mit zwei Isolierzellen, sechs Räumen und vier, drei und zwei Betten, Badewärterinnen-, Küchenzimmer und Abort. Ein dritter Pavillon liegt nicht mehr in diesem Komplex, sondern jenseits der Seewartenstraße, etwas näher dem Hafen. Er ist als ehemaliges Tropenkrankenhaus im Tropenstil gebaut, von gefälliger Form mit großen Balkons, und dient mit seinen Betten zur Aufnahme von Seuchenverdächtigen, die unter Quarantäne stehen.

Mit diesen zusammen verfügt das Hafenkrankenhaus über 318 Betten. 82 Betten sind für den obengenannten Zweck reserviert. Trotz der mäßigen Größe sind die Aufgaben der Anstalt recht vielseitig. Die Eigenart der verschiedenen Abteilungen gibt ihr den Charakter eines kleinen allgemeinen Krankenhauses, das sich besonders als Unfallkrankenhaus auszeichnet. Die Zahl der Aufgenommenen beträgt im letzten Jahre 3494. Von diesen sind 721 Betriebsunfälle, Verkehrsunfälle (vorwiegend Autounfälle, die stark zugenommen haben) 214.

Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes wurden 249 eingeliefert. Selbstmordfälle sind 160 zu verzeichnen. Entbunden wurden 80 Frauen, die Zahl der Aborte beträgt 48. Ambulant wurden 1927 8274 behandelt.

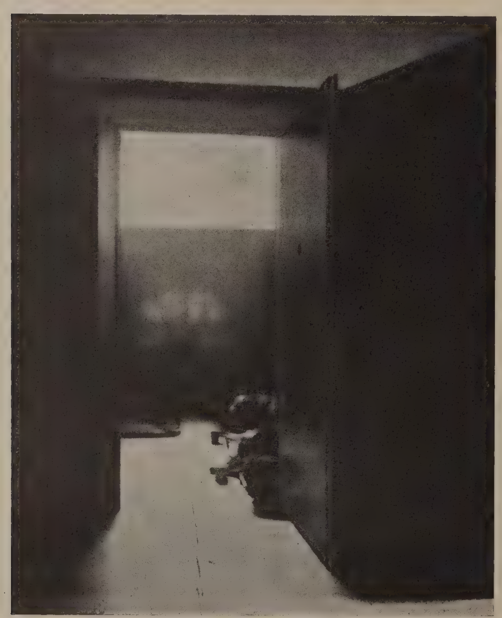
Der gesamte Personalbestand des Hafenkrankenhauses, Ärzte, Beamte, Angestellte und Arbeiter beträgt zur Zeit 169. Dem ärztlichen Anstaltsleiter sind beigegeben ein Sekundärarzt, drei Assistenzärzte und ein Volontärarzt. Außerdem ist drei Medizinalpraktikanten Gelegenheit zur Ausbildung gegeben.

III. ANATOMIE.

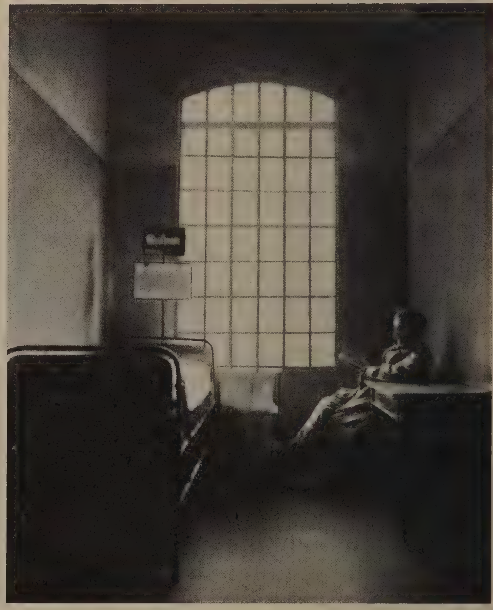
Von Physikus Dr. Koopmann.

Die Anatomie des Hafenkrankenhauses besteht seit dem Jahre 1900. Sie ist das gerichtsärztliche Staatsinstitut, untersteht unmittelbar der Gesundheitsbehörde und wird von dem Prosektor geleitet.

Sie unterscheidet sich von den anatomischen Instituten der großen Krankenhäuser vor allem durch die



Unruhigenzelle



Isolierzelle für Geisteskranke



Kältemaschinen

Eigenart ihres Leichenmaterials. Wohl wird auch das von der klinischen Abteilung kommende Material in der Anatomie verarbeitet, etwa ein Drittel des nicht ausdrücklich gerichtlichen Materials. Zwei Drittel des Leichenmaterials aber werden der Anatomie von außen eingeliefert, und zwar ein Drittel plötzlicher innerer oder äußerer Todesfälle und ein Drittel Selbstmörderleichen. Sämtliche gerichtlichen Obduktionen (100 bis 120 im Jahr) werden in der Anatomie ausgeführt. Die Zahl aller Sektionen im Jahr ist etwa 1000.

Durch die Art des Leichenmaterials sind verschiedene Einrichtungen der Anatomie bedingt, die ihr ein besonderes Gepräge aufdrücken. So ist ein *Raum* zur Besichtigung *unbekannter Leichen* vorhanden. Bei Gelegenheit eines im Jahre 1926/27 vorgenommenen Um- und Anbaus der Anatomie wurden die Leichenschau*kästen* (morgue) beseitigt, da sich diese in der Praxis als völlig unbrauchbar erwiesen hatten, und an Stelle dieser wurde der eben erwähnte Schau*raum* ausgebaut, der sich bisher in der Praxis gut bewährt hat.

Der Umbau brachte der Anatomie auch einen neuen, geräumigen Leichenkeller, der mit den modernsten Einrichtungen ausgestattet ist. Er bietet für 60 Leichen bequem Lagerungsmöglichkeit; es finden sich drei Einzelkühlzellen, eine Doppelkühlzelle und eine Kühlzelle für zu konservierende Präparate in ihm. Durch Zu- und Abführung von kalter mit Ozon vermischter Luft wird für Kühlung (durchschnittlich bis auf 2 bis 3 Grad Kälte) und für Beseitigung fauliger Gerüche gesorgt.

Diese Sanierungsanlage des Leichenkellers war deshalb so dringlich erforderlich, weil die zu bewahrenden Leichen vielfach schon hochgradig faulig verändert (Wasserleichen) eingeliefert werden, andere Leichen wieder verhältnismäßig lange Zeit (bis zu einem Jahre) bewahrt werden müssen.

Die Speisung der Kühlvorrichtung geschieht von dem in der Nähe der Anatomie gelegenen Maschinenhause aus.

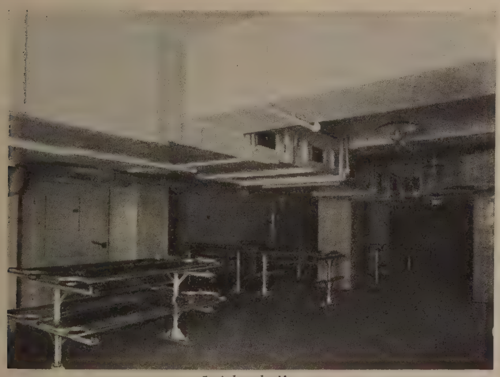
Wegen der vielfach vorkommenden Fäulnis der Leichen der Anatomie des Hafenkrankenhauses wurde auch der Seziersaal (vier Sektionstische) mit einer besonderen Lüftungsanlage (Zu- und Abführung ozonisierter Luft) versehen. — Alle neuen maschinellen Apparaturen haben bisher gut gearbeitet.

In der Anatomie des Hafenkrankenhauses untergebracht ist das erbbiologische Laboratorium der Gesundheitsbehörde, über das gesondert berichtet wird.

IV. GESCHLECHTSKRANKEN-FÜRSORGE.

Von Sanitätsrat Dr. Schomburg.

Die Seemannsfürsorge, die dem Hafenkrankenhause angegliedert ist, wurde im Herbst 1924 im Alten Seemannshaus oberhalb der St.-Pauli-Landungsbrücken von der Hamburgischen Gesundheitsbehörde eingerichtet. In hellen, sonnigen Räumen, bequem erreichbar, wird dort täglich von $3^1/_2$ bis $5^1/_2$ Uhr von einem Facharzt unentgeltlich Sprechstunde



Leichenkeller



Leichenkeller

abgehalten, für Seeleute aller Nationen, die geschlechtskrank sind oder es zu sein befürchten. Die Kosten dieser Einrichtung werden vom Hamburgischen Staat, von der Seeberufsgenossenschaft und seit kurzem auch von der Seekrankenkasse bestritten. Letztere besteht seit 1. Januar 1928. Früher gehörten die Seeleute keiner Krankenkasse an. In Erkrankungsfällen trat die zuständige Reederei nur dann ein, wenn die Seeleute entweder noch angemustert waren, oder wenn sie nachweisen konnten, daß sie sich die Erkrankung vor der Abmusterung zugezogen hatten. Infizierte sich ein Seemann nach der Abmusterung mit einer Geschlechtskrankheit, dann hatte er keinerlei Ansprüche, weder an eine Reederei noch an eine Krankenkasse. Die Folge war, daß solche Seeleute, und ihre Zahl war nicht klein, aus pekuniären Gründen schlecht- oder unbehandelt blieben mit allen Gefahren für sich und ihre Mitmenschen. Um diesem Übelstande abzuhelfen, hatte die Seeberufsgenossenschaft freiwillig die Kosten der Behandlung dieser Erkrankten übernommen. Als diese Leistung durch die Inflation nicht mehr gewährt werden konnte, richtete der Hamburgische Staat die jetzige Fürsorgestelle ein, als erste und bisher einzige in unserm deutschen Vaterland. — Die Besuchsziffern steigen von Jahr zu Jahr:

1925: 1563 Patienten, darunter 92 Nichtdeutsche, mit 9241 Untersuchungen und Beratungen.
1926: 1625 Patienten, darunter 108 Ausländer, mit 10 770 Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen.
1927: 1866 Patienten, darunter 230 Ausländer, mit 12 688 Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen.

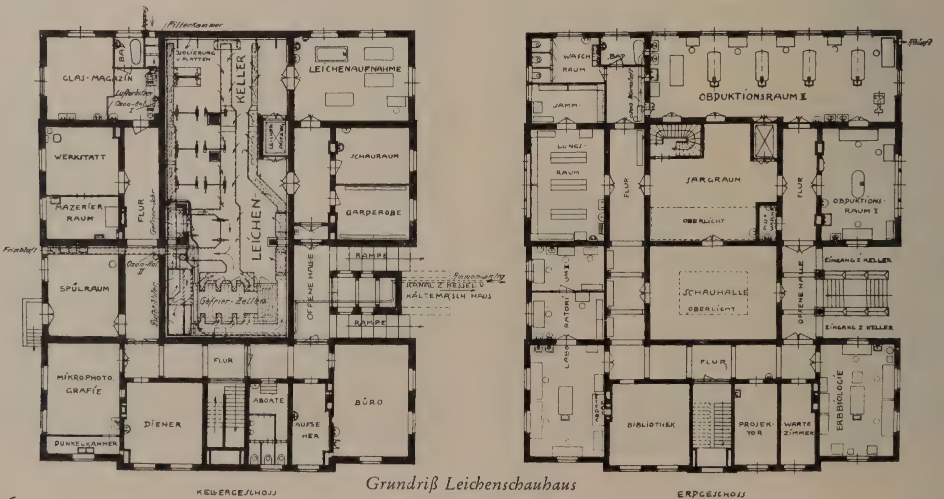
Die Geschlechtskranken-Fürsorgestelle für Seeleute ist ebenso wie die übrigen Fürsorgestellen in der Stadt der Geschlechtskrankheiten-Bekämpfung der Gesundheitsbehörde eingegliedert und unterstellt.

AUFGABEN DER ERBBIOLOGISCHEN ABTEILUNG DER GESUNDHEITSBEHÖRDE.

Von Dr. Alfred Lauer

Abgesehen von Fragen der experimentellen Vererbungsforschung liegen dieser Abteilung die den Vaterschaftsnachweis betreffenden Untersuchungen ob. Diese Untersuchungen erfolgen im Dienste der Gerichtsärzte Hamburgs.

Im ganzen wurden in der Zeit vom Dezember 1926 bis zum Februar 1928 77 forensische Fälle bearbeitet. Von diesen bestand die große Mehrzahl in Unterhaltsklagen, die vor dem Amts- und Landgericht in Hamburg geführt wurden, der Rest betraf Fragen der Anfechtung der Ehelichkeit eines Kindes, sowie Fälle, die in das Gebiet der Strafjustiz gehören (Notzucht, Blutschande). In allen Fällen war auf Grund der Blutuntersuchung zu entscheiden, ob der Beklagte (oder ein Zeuge) offenbar unmöglich als Erzeuger eines unehelichen Kindes in Anspruch genommen werden konnte. Diese Frage läßt sich auf Grund der Blutuntersuchung entscheiden, es sei denn, daß die Blutgruppen-Verteilung zwischen Mutter und Kind ungünstig liegt (d. h. die Mutter gehört zur Blutgruppe AB und das Kind zu einer andern Gruppe, oder Mutter und Kind besitzen beide entweder die Blutgruppe A oder B); in einem dieser letzteren Fälle hat die Untersuchung des Beklagten kaum Aussicht auf Erfolg. Die Methodik der Blutgruppenbestimmung als solche ist bei Innehaltung der Kontrollen und besonders bei Beachtung der quantitativen Verhältnisse absolut zuverlässig; in der Hand

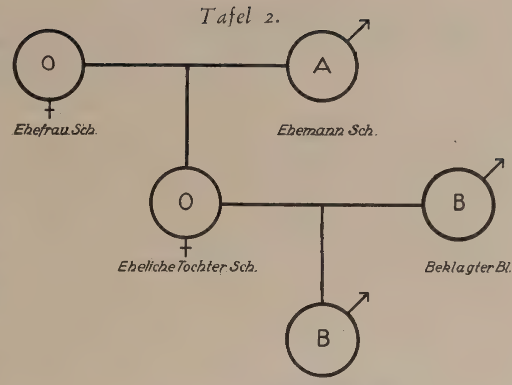


Grundriß Leichenschauhaus

eines ungeübten oder flüchtig arbeitenden Untersuchers können jedoch Fehlbestimmungen nicht ausbleiben, wie gerade die letzte Zeit mehrfach gezeigt hat. Die folgende Tafel 1 gibt eine Zusammenstellung der bei unsern Fällen angetroffenen Verteilung der Blutgruppen zwischen Mutter und Kind, wobei diese Kombination nach dem Grade ihrer Eignung zum Vaterschaftsnachweise in günstige, wenig günstige und ungünstige geordnet worden ist; sie demonstriert ferner unsere „Ausschließungsfälle“, indem die Blutgruppe eines als vermutlicher Vater vorgestellten Mannes nur dann vermerkt worden ist, wenn dieser Mann (Beklagter oder Zeuge) auf Grund seiner Blutgruppe offenbar unmöglich der Erzeuger des klagenden Kindes sein konnte. Dieses Resultat traf im ganzen bei 14,3 v. H. unserer Fälle zu. Von diesen verdient der Fall Sch., der uns von der Staatsanwaltschaft in Hamburg zur Bearbeitung übergeben worden war, besonderes Interesse:

Es war zu prüfen, ob der Beklagte Bl. als Erzeuger des Kindes Sch. ausgeschlossen werden konnte, sowie ob der Großvater dieses Kindes, dessen Geschlechtsverkehr mit seiner ehelichen Tochter (der Kindesmutter) nachgewiesen war, als Erzeuger desselben in Frage kam. Es ergab sich, daß der Großvater als Erzeuger des unehelichen Kindes Sch. ausgeschlossen werden konnte, weil weder er noch seine eheliche Tochter die Blutkörpercheneigenschaft B besaßen, die bei dem unehelichen Kinde vorhanden war. Diese Eigenschaft B fand sich jedoch bei dem Beklagten; da sie in nur 13 v. H. unserer Bevölkerung vorkommt, durfte vermutet werden, daß der Beklagte der Erzeuger des unehelichen Kindes Sch. sei. Der hiernach konstruierte Stammbaum dieses Kindes ist in Tafel 2 dargestellt worden.

Tafel 2.



Tafel 1.

Kombinationen der Blutgruppen bei Mutter und Kind		Anzahl der Fälle	Anzahl der außer dem Beklagten untersuchten Zeugen	Als Erzeuger offenbar unmöglich		Bemerkungen
				Beklagter	Zeuge	
I. günstige						
Mutter	Kind					
A	B	1	—	A	nicht untersucht	
A	AB	1	—	A	”	
B	A	3	—	B	”	
o	A	8	—	B	”	
			1	o	”	Der Zeuge besitzt die zu fordernde Eigenschaft A.
			—	o	”	
o	B	2	1		o	Der Beklagte besitzt die zu fordernde Eigenschaft B.
			1		A	Der Beklagte besitzt die zu fordernde Eigenschaft B.
II. wenig günstige						
Mutter	Kind					
AB	AB	2	1	o	nicht untersucht	
B	o	3	—	AB	”	
A	o	9	—		”	
o	o	15	2		AB	Der Beklagte besitzt die Eigenschaft o.
III. ungünstige						
Mutter	Kind					
A	A	21	3		nicht untersucht	
B	B	5	—		”	
AB	A	7	2		”	

STAATSKRANKENHAUS BERGEDORF

VON AMTSPHYSIKUS DR. BOHNE

DAS Krankenhaus ist vom Hamburgischen Staat auf dem Gojenberge in Bergedorf erbaut und im Jahre 1912 seiner Bestimmung übergeben worden. Es umfaßt das Hauptgebäude, ein Gebäude für die Wäscherei und die Desinfektionsanlage, ein Leichenhaus mit Sezierraum und angebautem Tierstall und ein Wohnhaus für den Inspektor.

Das Krankenhaus untersteht der Gesundheitsbehörde in Hamburg. Die örtliche Verwaltung liegt in den Händen des Amtsphysikus, der zugleich Oberarzt des Krankenhauses ist, und des Inspektors. Diesem stehen vier Bureaubeamte zur Verfügung. Der Oberarzt wird unterstützt von einem Assistenzarzt und einem Praktikanten. Nebenamtlich sind im Krankenhause je ein Frauen-, Ohren- und Augenarzt tätig. An Pflegepersonen sind eine leitende Oberschwester, fünf Schwestern, ein Pfleger und neun Pflegerinnen vorhanden. Das im Wirtschaftsbetriebe tätige Personal setzt sich aus drei männlichen und 16 weiblichen Kräften zusammen.

Das Krankenhaus dient zur Aufnahme von Kranken aus den Städten Bergedorf und Geesthacht und den umliegenden Landgemeinden. Von den vorhandenen 55 Betten entfallen 28 auf die Frauen-, 17 auf die Männer- und zehn auf die Infektionsabteilung. Für Unruhige sind zwei Zellen mit je einem Bett vorhanden.

Die starke Inanspruchnahme der Anstalt machte in den letzten Jahren eine starke Überbelegung notwendig. Die durchschnittliche tägliche Belegung betrug:

1912 . . . 40	1917 . . . 57	1922 . . . 58
1913 . . . 50	1918 . . . 56	1923 . . . 62
1914 . . . 52	1919 . . . 51	1924 . . . 75
1915 . . . 49	1920 . . . 48	1925 . . . 81
1916 . . . 53	1921 . . . 49	1926 . . . 76

Die Krankenräume befinden sich im Erdgeschoß und im 1. Stock. Die Einteilung ist aus den abgebildeten Grundrissen ersichtlich. Im Keller sind die Küche, die Heizungsanlage und die Lagerräume. Das Dachgeschoß enthält die Wohnräume der Angestellten.

Die Anstalt hat eine automatische Fernsprechanlage und Radioanlage. Sämtliche Krankenräume sind mit Lichtsignalen ausgestattet.

Zum Krankenhaus gehört ein Laboratorium, in dem alle chemischen, physiologischen, bakteriologischen, serologischen und mikroskopischen Untersuchungen für die Anstalt und für die praktischen Ärzte ausgeführt werden. Für die Arbeiten steht ein technischer Hilfsarbeiter zur Verfügung.



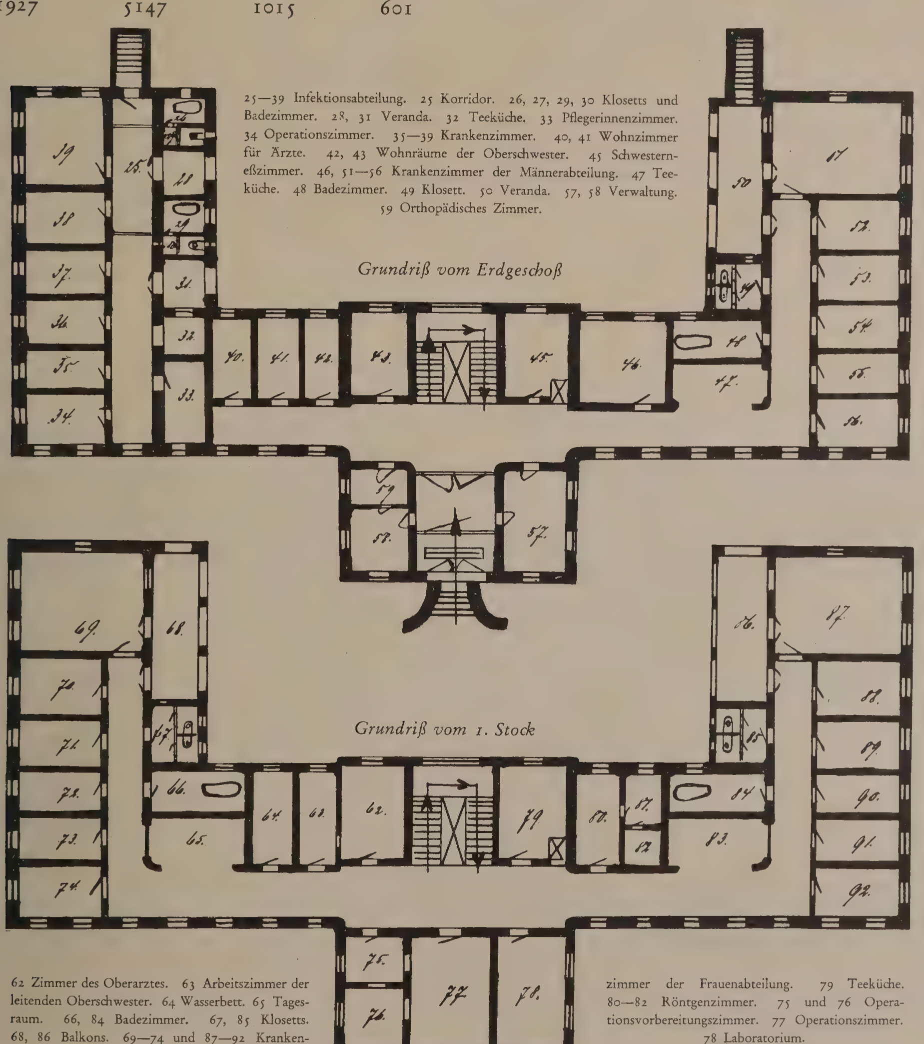
Staatskrankenhaus Bergedorf (Rückansicht)

Über den Umfang der Arbeiten geben die folgenden Zahlen Auskunft:

Jahr	Untersuchungen		
	für das Krankenhaus	für praktische Ärzte	auf Lues (W. R.) insgesamt
1920	3506	572	341
1921	2265	704	626
1922	3264	820	584
1923	3540	762	503
1924	4022	1029	477
1925	5481	1272	679
1926	5443	1062	672
1927	5147	1015	601

Für diagnostische Zwecke steht dem Krankenhause eine Röntgenanlage zur Verfügung. Röntgenaufnahmen sind gemacht:

Jahr	Aufnahmen	Jahr	Aufnahmen
1912	91	1920	178
1913	102	1921	207
1914	90	1922	297
1915	64	1923	176
1916	111	1924	252
1917	133	1925	493
1918	143	1926	303
1919	200	1927	610



25—39 Infektionsabteilung. 25 Korridor. 26, 27, 29, 30 Klosetts und Badezimmer. 28, 31 Veranda. 32 Teeküche. 33 Pflegerinnenzimmer. 34 Operationszimmer. 35—39 Krankenzimmer. 40, 41 Wohnzimmer für Ärzte. 42, 43 Wohnräume der Oberschwester. 45 Schwesternеßzimmer. 46, 51—56 Krankenzimmer der Männerabteilung. 47 Teeküche. 48 Badezimmer. 49 Klosett. 50 Veranda. 57, 58 Verwaltung. 59 Orthopädisches Zimmer.

Grundriß vom Erdgeschoß

Grundriß vom 1. Stock

62 Zimmer des Oberarztes. 63 Arbeitszimmer der leitenden Oberschwester. 64 Wasserbett. 65 Tagesraum. 66, 84 Badezimmer. 67, 85 Klosetts. 68, 86 Balkons. 69—74 und 87—92 Krankenzimmer der Frauenabteilung. 79 Teeküche. 80—82 Röntgenzimmer. 75 und 76 Operationsvorbereitungszimmer. 77 Operationszimmer. 78 Laboratorium.

DAS STAATSKRANKENHAUS IN CUXHAVEN

VON AMTSPHYSIKUS DR. ZEDELIUS

DAS Staatskrankenhaus in Cuxhaven besteht aus: I. dem alten Haus mit 54 Betten, einer Baracke mit 18 Betten, einem Waschhaus und einem Beamtenwohnhaus. Erbaut im Jahre 1902;

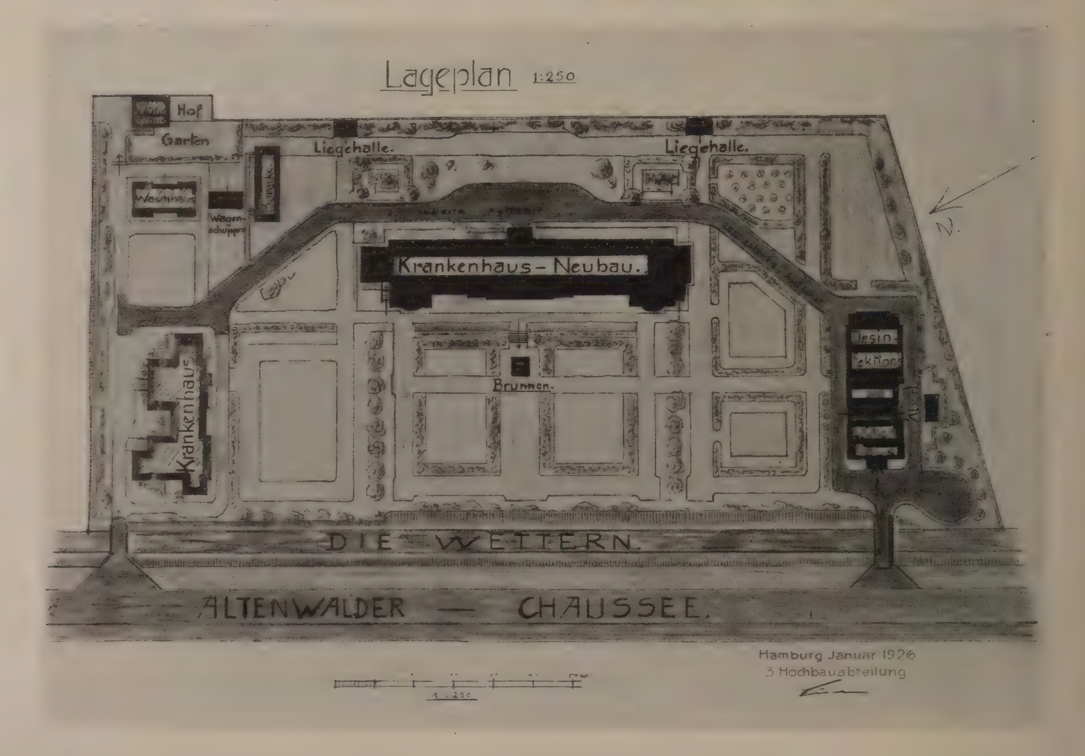
II. dem Neubau mit 141 Betten, einem Leichenhaus und einer angegliederten Desinfektionsanstalt. Erbaut in den Jahren 1925—1927 nach den Entwürfen des Oberbaurats *Göbel,* Hamburg, Baudeputation, III. Hochbau-Abteilung.

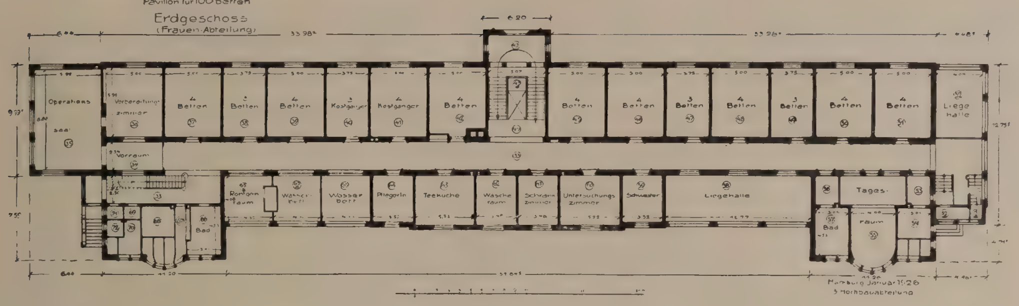
I. DAS ALTE HAUS

wurde schon vor dem Kriege durch das Anwachsen der Stadt zu eng. 1915 und 1918 sind deshalb noch zwei Baracken zu 18 bzw. 32 Betten aufgestellt worden. Die erstere ist nach dem Neubau erhalten geblieben und so weit in Ordnung gebracht, daß sie im Bedarfsfalle mit 18 Betten zur Verfügung steht. Sie kann bei etwaigen Epidemien oder, falls bei einer gemeingefährlichen Krankheit an Bord der Schiffe Quarantänedienst beansprucht wird, jederzeit benutzt werden. Die zweite Baracke wurde abgebrochen und dem Amte Ritzebüttel zur Minderung der Wohnungsnot überlassen.

Nach Fertigstellung des Neubaues und dessen Inbetriebnahme konnte mit den umfangreichen Umbau- und Instandsetzungsarbeiten im Altbau begonnen werden.

Im Westflügel wurde eine völlig abgetrennte Infektionsabteilung mit fünf Kranken- und fünf Nebenräumen geschaffen, die allen neuzeitlichen Anforderungen genügt und in welcher 23 Betten untergebracht wurden. Die Bureauräume usw. sind in das Erdgeschoß des Ostflügels verlegt worden. Im Obergeschoß entstand eine abgetrennte Abteilung für geschlechtskranke Frauen und Mädchen mit vier Räumen und 23 Betten. Daneben befinden sich noch zwei weitere Räume mit sechs Betten für Kranke, die durch Unsauberkeit oder infolge ihres Leidens die andern Patienten belästigen würden. Außerdem enthält das alte Haus zwei Oberarztzimmer, Woh-





nung für den Assistenzarzt, Pendelsaal, Laboratorium. Das Laboratorium ist neuzeitlich eingerichtet mit Wärmeschränken für bakteriologische und Einrichtung für histologische Untersuchungen sowie einer eingebauten Abdampfkapelle. Abgesehen von Wassermannschen und Spezial-Untersuchungen werden hier alle nötigen Laboratoriumsarbeiten ausgeführt. Die einfachen Arzneilösungen für den Krankenhausbedarf werden vom Laboranten selbst hergestellt, wofür ein Nebenraum als Apotheke zur Verfügung steht. Mit der Aufstellung zweier Universalpendelapparate im neugeschaffenen Pendelsaal ist dem in Cuxhaven schon immer bestehenden Mangel der orthopädischen Nachbehandlung Abhilfe geschaffen worden.

Ferner sind im alten Hause noch Küche, Wirtschaftsräume, sowie sieben Wohnräume für Schwestern und Pflegerinnen enthalten. Die Heizungs- und Warmwasserversorgung geschieht durch zwei im Keller aufgestellte Niederdruckdampfkessel.

Hinter dem alten Haus liegen das Waschhaus und ein Beamtenwohnhaus. Auch das Waschhaus mußte der Erweiterung entsprechend vergrößert werden. Die alte Leichenhalle wurde umgebaut, und neben der Erweiterung des Dampfmangelraumes entstanden zwei neue Räume, von denen der eine als Nähstube und der andere als Frühstücksraum für das Personal benutzt werden. Die beiden im Keller aufgestellten Niederdruckdampfkessel erzeugen den zum Betrieb der beiden Waschmaschinen und der Dampfmangel erforderlichen Dampf.

Das alte Haus konnte am 16. Oktober 1927 wieder belegt werden.

II. DAS NEUE HAUS.

Der Neubau wurde auf einem an das alte Grundstück angrenzenden Wiesengelände von etwa 15 000 qm Größe erbaut. (Das bisherige Krankenhausgelände umfaßt 7000 qm.) Das tiefer liegende neue Gelände mußte um 60 cm bis 1 m aufgefüllt werden. Eine gepflasterte Straße führt durch den Garten von dem alten Hause nach dem parallel zur Hauptstraße gelagerten, langgestreckten Neubau, der mit seiner in dunklen Oldenburger Klinkern gehaltenen Fassade, dem freundlichen Weiß seiner Fenster und dem grauen Pfannendach das weite Vorgelände beherrscht. Er bildet mit dem alten Gebäude zur Linken und dem Desinfektionsgebäude zur Rechten eine zusammenhängende, nahezu symmetrische Bauanlage. Der große, von den genannten drei Gebäuden umschlossene, anmutig gestaltete Garten mit seinen breiten Fußwegen und dem in dunklen Klinkern ausgeführten Brunnen ist von der mit alten Pappeln besäumten Altenwalder Chaussee durch einen etwa 6 m breiten Wasserlauf, der Wettern, getrennt. Zwei Brücken bilden den Zugang zum Krankenhausgelände.

Der Haupteingang des neuen Hauses befindet sich auf der Rückseite in der Mitte des Gebäudes.

Der Keller ist in allen Teilen, das Dachgeschoß bisher nur teilweise ausgebaut. Zwei Stockwerke dienen dem eigentlichen Krankenbetrieb, im Erdgeschoß befindet sich die Frauen- und darüber die Männerabteilung. Ein 75 m langer Flur enthält auf der einen Seite die Eingänge zu den Krankenzimmern, auf der andern die zu den Betriebsräumen. Den Cuxhavener Verhältnissen entsprechend sind große Krankensäle vermieden und ausschließlich kleinere Räume für drei und vier Betten geschaffen worden. Alle Krankenräume haben Ostsüdostlage und gewähren durch die großen Fenster mit dem weiten Ausblick über grüne Wiesen und Felder, durch ihre luftige Höhe und die freundlich hellen Wandanstriche einen anheimelnden Eindruck.

In den beiden Geschossen sind insgesamt 30 Krankenräume mit 141 Betten und fünf Liegehallen untergebracht, von denen zwei nach Süden und drei nach Westen gelegen sind. Von den letzteren können zwei ebenfalls als Krankenräume mitbelegt werden, wodurch Raum für 16 Betten geschaffen wird. Eine der oberen Liegehallen kann auch als Festraum dienen.

Rückseite mit Haupteingang



Ansicht von der Altenwalder Chaussee

Alle Krankenräume sind mit fließendem Kalt- und Warmwasser und einer lautlosen (optischen) Signalanlage versehen. Auf den Fluren und in den Krankenzimmern liegt Linoleumfußboden mit besonderer schalldämpfender Unterlage. Die Wände und Fußböden der Baderäume und Aborte erhielten Plattenbelag. In der Mitte des Gebäudes liegt das breite Haupttreppenhaus mit dem Krankenaufzug, während je eine Nebentreppe an den beiden Enden des Flures eingebaut ist.

Ferner sind vorhanden zwei geräumige, freundliche Tagesräume, je einer für die Frauen- und Männerstation, außerdem zwei Wasserbetten, ein Röntgenraum, zwei Untersuchungs- und Behandlungszimmer für Höhensonne, Diathermie usw., zwei Teeküchen, Schrankzimmer, Badezimmer und Aborte. Der Röntgenapparat „der kleine Heliodor" dient nur zu diagnostischen Zwecken. Außer für Krankenhauszwecke wird er für die Lungenfürsorge verwandt, auch werden gegen Vergütung alle von den praktischen Ärzten der Stadt gewünschten Aufnahmen und Durchleuchtungen angefertigt und vorgenommen. Pneumothoraxbehandlungen finden im Krankenhause statt.

Während im alten Krankenhause die Versorgung der inneren und chirurgischen Kranken in den Händen eines Oberarztes lag, machte die Vergrößerung des Krankenhauses die Schaffung einer besonderen Abteilung notwendig, die unter Leitung eines chirurgischen Oberarztes steht. Für diese Abteilung stehen etwa 70 Betten zur Verfügung. Rechts vom Treppenhaus ist die innere, links die chirurgische Station. Der ersteren ist die abgetrennt liegende Geschlechtskranken-Abteilung für Männer zugeteilt. In der chirurgischen Abteilung werden auch die operativen Fälle von Augen-, Hals-, Nasen-, Ohrenkranken, sowie geburtshilfliche und gynäkologische Fälle untergebracht, die gegebenenfalls von den entsprechenden Spezialärzten der Stadt versorgt werden.

Mit dem alten Haus und der Baracke ist damit die Bettenzahl auf 213 gestiegen.

Für Operationen stehen im Erdgeschoß des Nordflügels ein Vorraum für Narkosen, ein Vorbereitungszimmer mit Sterilisierungsanlagen und einem Apparat zur Herstellung steriler physiologischer Kochsalzlösung und ein großer Operationssaal zur Verfügung. Die Anlage der Fenster gewährleistet auch ohne den sonst vielfach üblichen Vorbau reichliche Helligkeit und ermöglicht die völlig staub- und zugfreie Lüftung des Saales. Die künstliche Beleuchtung erfolgt durch die Zeißsche schattenfreie Deckenbeleuchtung. Eine durch Akkumulatoren gespeiste Notbeleuchtung schaltet sich selbsttätig ein, wenn die Deckenbeleuchtung infolge Stromstörung versagen sollte.

Kleinere septische Operationen können auch in dem Untersuchungszimmer ausgeführt werden, in dem außerdem endoskopische Untersuchungen vorgenommen werden können. Im Jahre 1927 wurden 467 Operationen ausgeführt. Das chirurgische Instrumentarium hat durch die Erweiterung eine solche Ergänzung erfahren, daß heute jede erforderliche Operation auch hier zur Ausführung kommen kann.

Einer der Krankenräume dient als Entbindungszimmer, ein weiterer als Säuglingszimmer mit eingebauter Badewanne, Milchwärmer usw. Ferner ist noch ein Behandlungszimmer für geschlechtskranke Männer vorhanden. Im Jahre 1927 wurden 47 Entbindungen geleitet bzw. operativ beendet.

Der mittlere Teil des Dachgeschosses, mit Zugang vom Haupttreppenhaus, enthält behaglich eingerichtete Wohnräume für Schwestern und Pflegerinnen, sowie je ein gemütliches, farbfrohes Eßzimmer. Besonders wohltuend und erfreuend wirken in allen übrigen Räumen die starken, aber nicht aufdringlichen Farben der Wand- und Türanstriche sowie der Wandplattenbeläge der Flure.

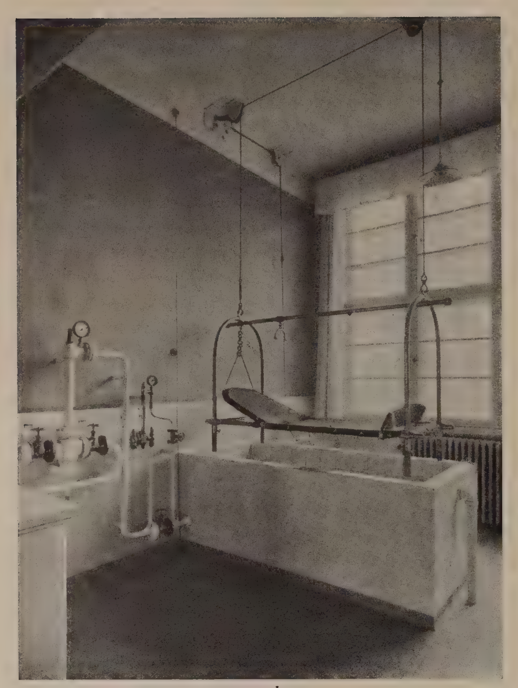
Im Keller befindet sich die Heizungsanlage, bestehend aus zwei Niederdruckdampfkesseln für die Warmwasserheizung und zwei kleineren Kesseln für Warmwasserbereitung. Ferner enthält das Kellergeschoß zwei Tobzellen, einen Aufenthaltsraum für den Heizer, eine Dunkelkammer, Eiskeller, Fahrradraum, Kartoffelkeller, Kleiderraum, Schlosser- und Tischlerwerkstatt, Aufenthalts- und Frühstücksraum für Scheuerfrauen, Maschinenraum, Akkumulatorenraum für die Notbeleuchtung, sowie Abort- und Baderaum für das Heizerpersonal usw.

Der neue Garten ist großzügig angelegt und bot bereits im ersten Jahre mit seinen schönen Blumen einen wundervollen Anblick, den die Patienten dankbar genossen haben. Ein Teil dieses Gartens wird für die Infektionsabteilung abgetrennt und soll eine Spiel- und Sandkiste für Kinder erhalten.

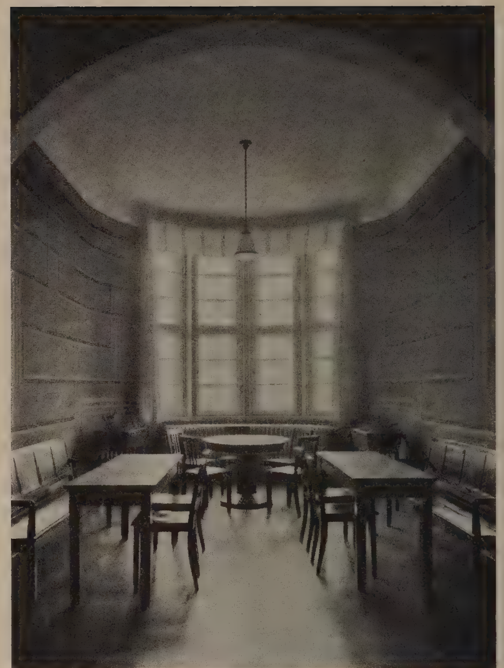
Das durch eine offene Durchfahrt getrennte Nebengebäude hat ebenfalls eine Oldenburger Klinkerverblendung erhalten. Es besteht im wesentlichen Teil aus dem Leichenhaus, dem nach Osten das Desinfektionsgebäude angegliedert ist.

III. LEICHENHAUS UND KAPELLE.

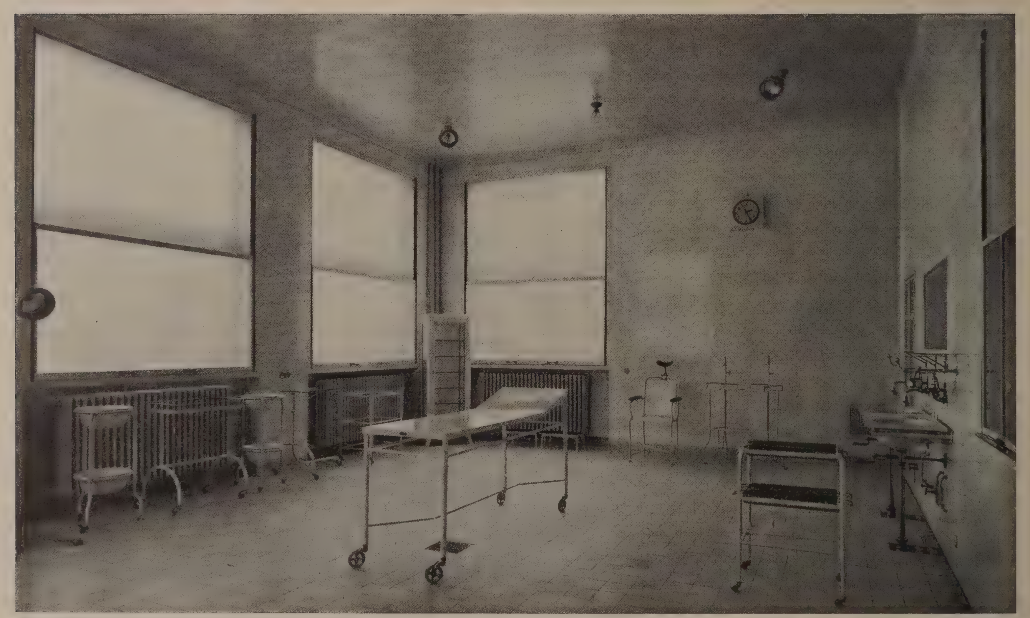
Neben der Desinfektionsanlage befinden sich in einem ebenso praktischen wie schönen Nebengebäude am Südende des Grundstückes zusammengefaßt der Sektions- und Leichenraum, zugehörige Nebenräume und Kapelle. Der Sezierraum ist gut ausgestattet.



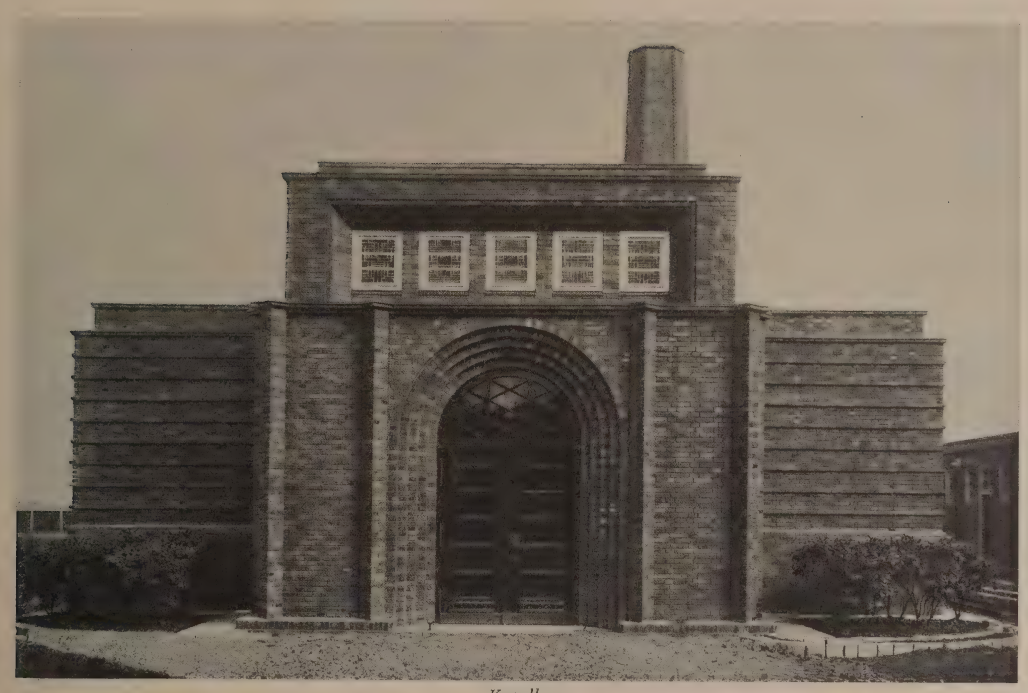
Wasserbett



Tagesraum



Operationssaal



Kapelle

Er dient nicht nur für im Krankenhaus Verstorbene, sondern auch für Verunglückte — besonders Ertrunkene — und gerichtliche Leichenöffnungen. Sehr zweckmäßig sind die Kühlschränke für die Leichen.

Das Innere der Kapelle ist von besonders eindrucksvoller Wirkung. Ein Kranz von hochgelegenen Fenstern in gelbgetönter Bleiverglasung erzeugt ein warmes, gedämpftes Licht im Raum, dessen Wände bis zur Hälfte in dem gleichen Klinkermaterial hergestellt sind wie die Außenfronten. Der Fußbodenbelag besteht aus großen Solnhofer Sandsteinplatten. Die Kreuzigungsgruppe über dem Altar ist in naturfarbener Klinkerkeramik ausgeführt. Auf einer Empore ist ein Harmonium aufgestellt, das bei den Bestattungsfeiern verwendet wird.

IV. DESINFEKTIONSGEBÄUDE.

Das neu errichtete Desinfektionsgebäude enthält im Keller zwei Niederdruckdampfkessel, die für den benötigten Dampf der im Erdgeschoß aufgestellten Desinfektionsöfen sorgen. Außerdem befindet sich in diesem Raum noch ein Dampfkochfaß und eine elektrisch betriebene Luftsaugpumpe für den Formalin-Vacuumapparat. Der 18 m hohe Schornstein besteht aus einem inneren und äußeren Kern. Der innere Kern dient dem Rauchabzug der Flammrohrkessel. Der Raum zwischen dem Kern und dem äußeren Mantel ist für die Entlüftung der Desinfektionsräume und der Leichenkammer bestimmt.

Außer den Desinfektionen für das Krankenhaus wurden im Jahre 1927 61 Arbeiten aus dem Stadt- und Landgebiet ausgeführt. Insgesamt wurden 24 005 Teile desinfiziert.

V.

Die beiden im alten *Garten* stehenden Pavillons sollen als Liegehallen verwertet werden, da sich die Patienten bei den hier meist herrschenden starken Winden und dem im neuen Garten nicht vorhandenen Baumschutz bisher noch viel zu wenig im Freien aufhalten können.

Für das geistige Wohl der Patienten ist mit der Anschaffung einer *Bücherei* begonnen worden.

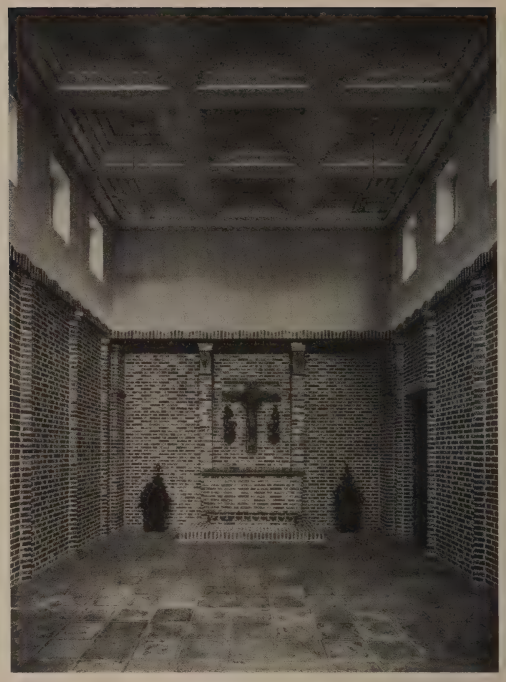
VI. ENTWICKLUNG DES KRANKENHAUSES.

Einen Eindruck von der Entwicklung des Krankenhauses geben folgende Zahlen:

Patientenzugang im Jahre 1926		1206
„ 1. Halbjahr 1927	647	
„ 2. Halbjahr 1927	809	1456
Niedrigster Patientenstand im Jahre 1927 (Juni)		50



Haupteingang zur Kapelle



Innenraum der Kapelle

Höchster Patientenstand im Jahre 1927 (Oktober)		128
Gesamtverpflegungstage 1926		25257
„ 1927		30458
Operationen im Jahre 1926		
1. Halbjahr	202	
2. Halbjahr	191	393
Operationen im Jahre 1927		
1. Halbjahr	205	
2. Halbjahr	262	467

Röntgenuntersuchungen haben sich 1927 etwa verdoppelt.

Laboratoriumsuntersuchungen haben sich 1927 mehr als verdreifacht.

VII. PERSONAL.

An Personal wird beschäftigt: Ein leitender Oberarzt des Krankenhauses, ein leitender Oberarzt der chirurgischen Abteilung, ein Assistenzarzt und ein Praktikant (letztere Stelle nicht besetzt); 8 Beamte und Angestellte; 45 Stationspersonal; 10 technisches Personal; 6 Küchenpersonal; 5 Waschhauspersonal.

Nachdem das neue Krankenhaus nunmehr $1^1/_2$ Jahre in Betrieb war, kann man sagen, daß sich der Bau und seine innere Einrichtung gut bewährt haben. Einige kleine Verbesserungen und Änderungen wurden noch gemacht. So wurden die schalldämpfenden Vorkehrungen verbessert und erweitert. Der Röntgenraum erhielt einen neuen Tisch mit Bucky-Blende. Da wir aus den Kinderheimen im Frühjahr und Sommer reichlich Infektionskrankheiten erhielten, andererseits die Zahl der aufgenommenen geschlechtskranken Frauen und Mädchen unter der erwarteten Zahl blieb, konnten wir die Infektionsabteilung auf Kosten der Geschlechtskrankenabteilung vergrößern, ohne die Baracke belegen zu müssen.

Der alte Garten wurde neu angelegt. Ein Teil für Frauen, der andere für Kinder mit Sandkiste eingerichtet, beide mit kleinen halboffenen Gartenhäusern versehen. Infektiöse Kinder haben noch gesonderte kleine Gärten.

Für die Zukunft wird geplant:

1. der Ausbau des Dachgeschosses im Neubau für eine Teeküche und Wohnungen von Pflegerinnen, die bisher meist außerhalb wohnen;
2. ein eigenes Wirtschaftsgebäude, da die entsprechenden Räume im alten Hause nicht mehr ausreichen.

Am besten enthielte dieser Bau auch eine zentrale Heizungsanlage für sämtliche Gebäude.

DAS KLEINKINDERHAUS DES JUGENDAMTES AM WINTERHUDER WEG

VON DR. MANCHOT, LEITENDEM OBERARZT DES JUGENDAMTES

DAS Kleinkinderhaus des Jugendamtes dient der Aufnahme aller Kinder im ersten und zweiten Lebensjahre, die der vollen Fürsorge des Jugendamtes zugeführt werden. Da die Gründe, die zur Aufnahme in diese Fürsorge führen, in den meisten Fällen sozialer, nicht ärztlicher Natur sind, so ist das Kleinkinderhaus an sich kein Säuglingskrankenhaus, sondern ein Säuglingspflegeheim. Es kommen dorthin Säuglinge und Kleinkinder, für die eine Unterbringung und Pflegestelle nicht zu beschaffen ist, oder solche, die durch Tod, Krankheit, Flucht oder Haft der Mutter plötzlich verwaist, verlassen, pflegelos oder obdachlos geworden sind. Ferner Kinder, die in der Häuslichkeit, in der sie sich befinden, aus irgendwelchen Gründen ernstlich gefährdet sind. Sind diese Kinder gesund, so werden sie sobald als möglich in sorgfältig ausgewählte und überwachte Familienpflege gegeben, weil der gesunde Säugling und das gesunde Kleinkind erfahrungsgemäß dort am besten gedeihen.

Ein großer Teil der aufgenommenen Kinder ist aber bei der Einlieferung in das Kleinkinderhaus bereits krank und bedarf der Anstaltspflege, weil die Art ihrer Krankheit in einer Pflegestelle nicht geheilt werden kann. Für diese muß nun das Kleinkinderhaus die Aufgaben eines Säuglingskrankenhauses übernehmen. – Dazu gehören in erster Linie die Frühgeburten und debilen Neugeborenen, deren Lebensschwäche und Unfertigkeit ganz besondere Maßnahmen der Pflege und Ernährung erfordern, dann die schweren Ernährungsstörungen, deren Heilung die Verwendung von *Frauenmilch* oder die Anwendung besonderer, komplizierter Nährmethoden erfordert, dann die schweren Formen der Rachitis, schwere Erkrankungen der Atmungsorgane und die Krampferkrankungen der Säuglinge. Im Kleinkinderhaus bleiben ferner alle mit ansteckenden Krankheitserscheinungen behafteten Kinder (Augen-, Scheiden-, Mastdarmtripper, Pemphigus, Impetigo usw.) bis zur völligen Beseitigung der Ansteckungsgefahr und der dadurch bedingten Gefährdung der Pflegefamilien. Die sogenannten akuten Infektionskrankheiten wie Masern, Keuchhusten, Diphtherie usw. werden so schnell wie möglich in die Allgemeinen Krankenhäuser verlegt, um Hausepidemien nach Möglichkeit zu vermeiden. Längere Anstaltsbehandlung ist nötig für alle Kinder, die an *angeborener Syphilis* leiden; längere Anstaltsbeobachtung erfordern alle Kinder, bei denen nach den sorgfältigen Erhebungen über die Vorgeschichte und dem Untersuchungsbefund auch nur an die Möglichkeit einer verborgenen Lues gedacht werden muß. Schließlich werden Kinder, die in der Familienpflege nicht weiterkommen oder neu erkranken, in das Kleinkinderhaus zurückgenommen und erst nach Genesung wieder in Familienpflege gegeben.



Straßenfront

Die Pläne für das Kleinkinderhaus stammen aus den Jahren 1912 und 1913. Der schon vor dem Kriege begonnene Bau konnte erst nach Beendigung desselben unter allerlei Einschränkungen und nicht unerheblichen Abstrichen vom ursprünglichen Plan fertiggestellt werden. Die architektonisch schöne und reizvolle Straßenfront (Oberbaudirektor *Prof. Schumacher)* liegt am Winterhuder Weg nach Nordosten zu. Die nach dem Garten des Waisenhauses nach Südwest gelegene Innenfront trägt die vor jeder Box gelegenen, vor Wind und Regen geschützten Balkone, welche die ausgiebigste, in allen Jahreszeiten planmäßig durchgeführte *Frei-Luftbehandlung* der Kinder ermöglichen.

Das Kleinkinderhaus ist in zwei Hauptabteilungen gegliedert:

1. die Aufnahme- oder Filterstation, 2. die stationäre Abteilung.

Die *Filterstation*, am Südende des Hauses gelegen, wird durch einen besonderen, vom Haupteingang und Haupttreppenhaus völlig getrennten Eingang erreicht. Sie ist baulich getrennt von der stationären Abteilung und kann von dieser aus nur durch den Keller und die zum Dachgeschoß führende Nebentreppe erreicht werden.

Das neuaufgenommene Kind wird vom Verwaltungsgebäude an der Averhoffstraße durch die erwähnte Tür an der Südseite in ein Aufnahmezimmer gebracht, wo nach dem ersten Reinigungsbad eine erste ärztliche Untersuchung stattfindet. Offensichtlich infektiöse, an Masern, Keuchhusten, Diphtherie usw. erkrankte Kinder können hier noch abgefangen werden, ehe sie in die eigentliche Filterstation gelangt sind. In der Filterstation, die zwei Boxen für je acht Kriechlinge und acht Säuglinge enthält, bleiben die Neuaufgenommenen die ersten 14 bis 16 Tage. Ein Isolierzimmer mit vier Glasboxen dient zur Beobachtung zweifelhafter oder infektionsverdächtiger Kinder. Für die Schwestern der Filterstation sind zwei Schwesternzimmer und ein Badezimmer vorhanden.

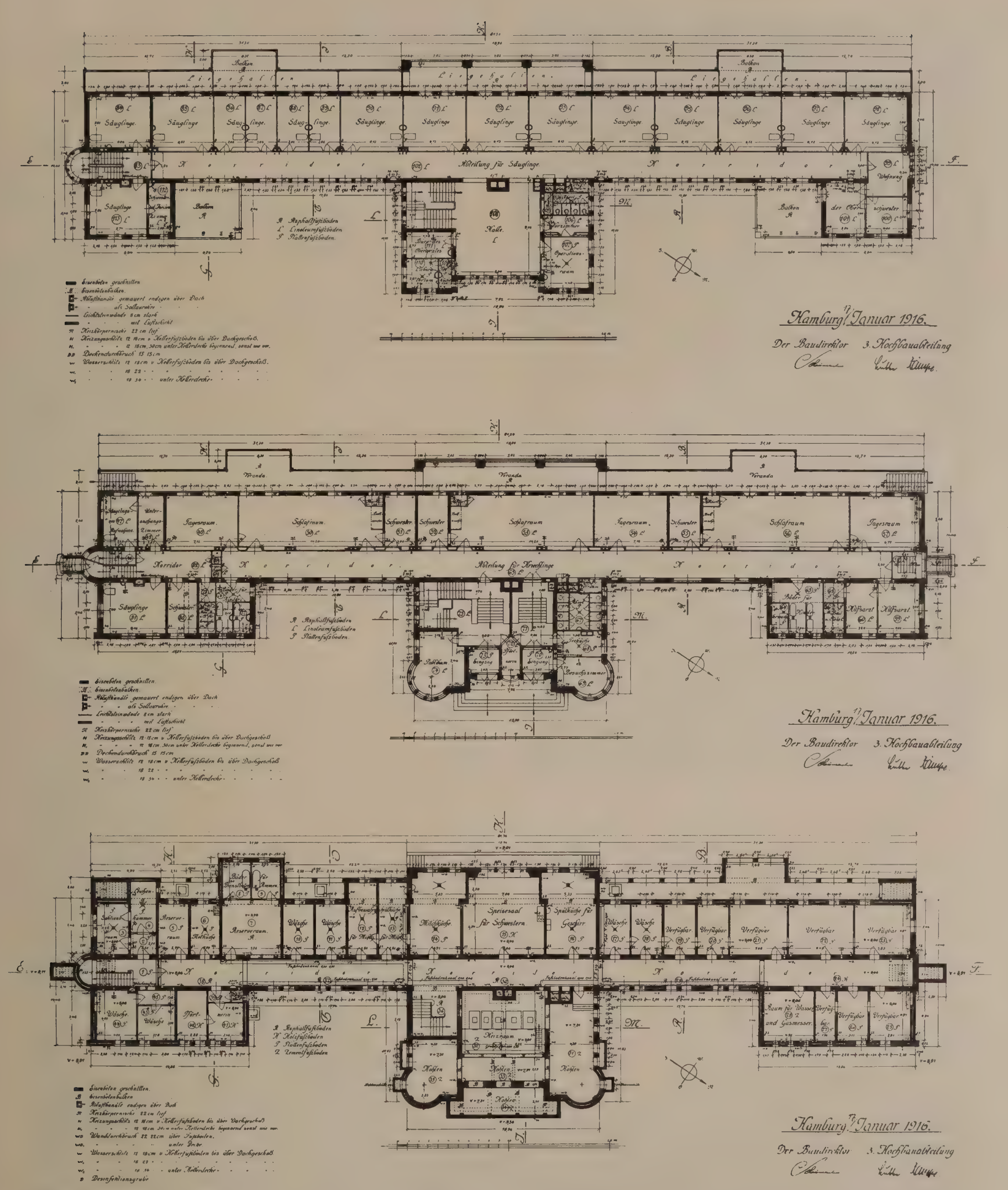
Die *stationäre Abteilung* im Haupthause enthält im Obergeschoß die eigentliche Säuglingsstation: zehn große Boxen für je acht Säuglinge, vier kleine Isolierboxen für Frühgeburten, Infecte usw., zwei Boxen sind ausschließlich mit cong. luetischen Kindern belegt.

Alle Boxen liegen an dem großen Hauptgang und sind vom Gang aus durch große Glasdurchblicke zu übersehen. Große Glasfenster finden sich auch in den Zwischenwänden zwischen den einzelnen Boxen und erleichtern die Übersichtlichkeit des Betriebes. Bei Besuchen der Angehörigen werden die Kinder hinter den Glasdurchblicken am Hauptgang gezeigt, Besuche in den Boxen sind verboten. Streng verboten ist grundsätzlich das Mitbringen besuchender Kinder im Kleinkinderhaus. Jede Box hat ihre Badeecke mit Badewanne und festem Waschtisch, Flaschenwärmer usw. Aus jeder Box führt eine Tür zu einem Balkon, der durch ein Glasdach gegen Regen, durch eine mit Holzverschalung versehene Brüstung in der Höhe der Kinderbetten gegen Zug von unten geschützt ist und gegen den Balkon der Nachbarbox durch eine Glasscheibenwand von 2 Meter Höhe getrennt ist.



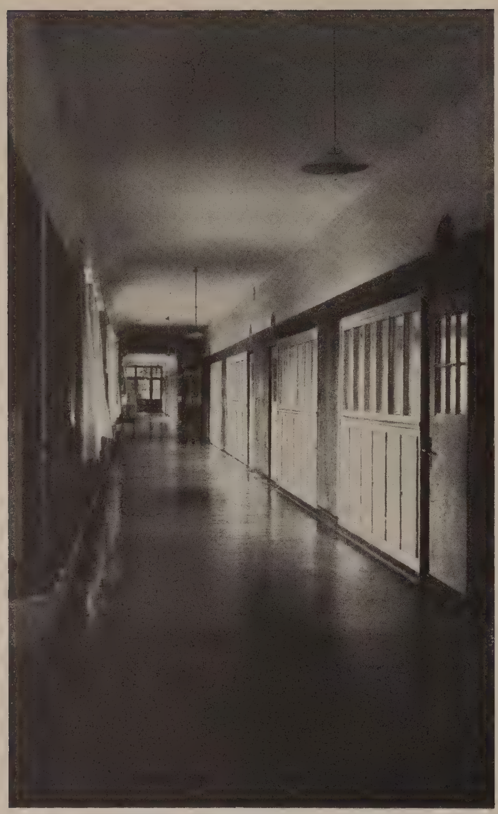
Gartenfront

1 Oberarztzimmer, 1 Laboratorium für mikroskopische und chemische Untersuchungen, 1 Operationszimmer mit



Höhensonne, 1 Sterilisationsraum für Verbandzeug und Instrumente, 1 Teeküche ergänzen die Einrichtung der eigentlichen Säuglingsstation; auch die Wohnung der Schwesteroberin (2 Zimmer und Bad) befindet sich hier. Ein Wäscheaufzug und ein Aufzug für Speisen und Milchflaschen stellen die Verbindung mit der Milchküche und den Wäscheräumen im Kellergeschoß her.

Im Erdgeschoß befindet sich die Kriechlingsstation. 3 große Schlafsäle für je 20 Kriechlinge, mit an-



Korridor der Säuglingsabteilung

schließendem Tages- und Spielraum und zugehörigem Balkonteil. Dazu kommen noch 1 Isolierraum, 3 Badezimmer für die Kinder, 1 Badezimmer für die Schwestern, 2 Schwesternzimmer und die Wohnung des Abteilungsarztes (2 Zimmer und Bad).

Im zweiten Oberstock 21 Zimmer für Schwestern und Lehrschwestern. 2 Badezimmer, 4 Mädchenzimmer, 1 großer Lehrsaal für die Ausbildung der Lehrschwestern.

Im Kleinkinderhaus befindet sich eine staatlich anerkannte Schule für Säuglingspflegerinnen.

Im dritten Oberstock ein großer Schlaf- und Wohnraum für 10 stillende Mütter und Ammen und 1 Schlafraum für die ungestörte Tagesruhe der Nachtwachen.

Im Keller befindet sich die Milchküche; neben derselben der Spülraum für Flaschenspülung, daran anschließend ein Kühlraum mit großen Eisschränken für die Aufbewahrung der fertigen Milchflaschen.

Auch die Eßzimmer für die Schwestern mit anschließender Teeküche, 2 Eßzimmer für Hausangestellte, Ammen und stillende Mütter, Wäschemagazin, Heizung, Pförtnerwohnung befinden sich dort. Die Wäsche der Säuglingswäsche usw. findet in der großen Waschküche des Waisenhauses statt.

Unter der Filterstation, vom übrigen Keller durch Windfang getrennt, liegt der Sektionsraum und die Totenkammer.

Personal: 1 Schwesteroberin, 1 Oberschwester, 47 angestellte Schwestern und Lehrschwestern, 13 Hausmädchen, 10 nährende Mütter.

Bestand an Zöglingen zur Zeit: 80 Säuglinge, 77 Kriechlinge.

Über die Art des Kindermaterials gibt die folgende Übersicht Aufschluß:

	unter 1 Jahr	über 1 Jahr
Bestand am 1. Januar 1927	73 Kinder,	66 Kinder
Aufnahmen im Jahre 1927	219 „	181 „
	292 Kinder,	247 Kinder
Davon innerhalb der ersten 3 Tage entlassen	27 „	32 „
Todesfälle	4 „	— „
Es waren erkrankt an:		
Angeb. Lebensschwäche	7 „	— „
Angeb. Mißbildungen	2 „	1 „
Varizellen	5 „	9 „
Rachendiphtherie	— „	2 „
Keuchhusten	— „	1 „
Tuberkulose	— „	3 „
Brechdurchfall	1 „	— „
Dysenterie	1 „	2 „
Lues congenita	16 „	15 „
Anämie	— „	1 „
Rachitis	41 „	68 „
Halsdrüsenschwellungen	— „	3 „
Idiotie	— „	3 „
Spasmophilie	4 „	4 „
Rhinitis	4 „	6 „
Bronchitis	65 „	30 „
Chron. Bronchitis	— „	2 „
Pneumonie	11 „	5 „
Herzfehler	— „	1 „
Angina	2 „	12 „
Darmkatarrh	22 „	5 „
eingekl. Hernie	1 „	— „
gew. Hernie	2 „	— „
Ileus	1 „	— „
Cystitis	6 „	2 „
Exsud. Diathese	10 „	1 „
Furunkulose	5 „	1 „
Otitis media	11 „	7 „
Koch-Weeksche Conjunctivitis	— „	4 „
Conjunctivitis	2 „	6 „
gesunde Kinder	73 „	53 „
	292 Kinder,	247 Kinder

Es starben an:

Bronchopneumonie	1
Spasmophilie (vitium cordis)	1
Lues cong. (Meningitis)	1
Lues cong. (Sepsis)	1

DIE KRANKENABTEILUNGEN DER HAMBURGISCHEN STRAFANSTALTEN

VON DR. ROESING, LEITENDEM OBERARZT

DIE hamburgischen Gefangenenanstalten — Gesamtbelegungsfähigkeit über 4000 — in zehn Einzelanstalten, sind in der Direktion und Krankenversorgung mit dem Untersuchungsgefängnis — rund 1200 Belegungsfähigkeit — vereinigt. Ihnen stehen in sieben Lazaretten 300 Betten zur Verfügung, von denen die 120 des durch Neubau erweiterten Lazaretts II als Zentrale für alle Anstalten, ohne Rücksicht auf Strafart, für *schwerer* Erkrankte dienen; deshalb in besonderem Anbau mit Liegehalle auch Raum für zwölf Tuberkulöse.

In diesem Lazarett sind mit Röntgenarbeit vertraute Beamte und Ärzte, ein Innerer, ein Chirurg, und aushilfsweise ein Augen- und ein Ohrenarzt vorhanden, während die übrigen acht Ärzte auf die Anstalten verteilt sind und ein Psychiater die Leitung der Minderwertigen-Abteilung (mit Geisteskranken — 20 Betten —) von zur Zeit 70 Betten hat. Ihnen stehen Heilgehilfen und Irrenpfleger zur Seite, alle unter Leitung eines Oberarztes.

Die Krankenbewegung der letzten 18 Jahre ergibt sich aus *umstehenden* Kurven, schwankend zwischen 800 bis 2700 auf 4000 bis 10 000 Belegung, gleich 12 bis 42 v. H. Erkrankte pro Jahr.

Dazu kommt die ausgedehnte Revierbehandlung mit etwa 70- bis 80000 Einzelbehandlungen im Jahr.

Beispielsweise: in Fuhlsbütteler Anstalten 25 204 Fälle, im Jugendgefängnis Hahnöfersand 26 133 Fälle, ferner wird jeder Gefangene einer Zu- und Abgangsuntersuchung unterzogen. Etwa 20000 Fälle.

Geplant ist Vermehrung um einen weiblichen Arzt und je einen konsultierenden Haut- und Nervenarzt, so daß dem Zentrallazarett ein Gremium aller Spezialitäten zur Verfügung steht. Dieses befindet sich im Gefängnis II in Fuhlsbüttel (siehe Abbildung).

Bemerkenswert ist die geringe Zahl der Tuberkulosen (siehe Kurve), während die Todesfälle zwischen drei bis zehn im Durchschnitt schwanken, mit Ausnahme der Kriegsjahre 1916/17 mit ihrer schweren Grippeepidemie, die etwa 150 Opfer forderte.

Ein Sektionshaus ermöglicht die Kontrolle der Diagnosen.

Einrichtungen, Röntgenapparat, Laboratorium usw. entsprechen den modernsten Anforderungen.

Daneben besteht in besonderen Fällen die Möglichkeit der Verlegung in andere Staatskrankenhäuser, durchschnittlich 107 im Jahr, davon 60 in Irrenanstalten.

Nach Einrichtung des Zentrallazaretts bzw. der Minderwertigen-Abteilung fielen 1926/27 die Verlegungen von 107 auf 57 bzw. von 60 auf 25.

An Ärzten und Krankenpflegepersonen sind vorhanden: 1 Oberarzt, 1 Psychiater (Abteilungsarzt), 1 Abteilungsarzt, 4 Gefängnisärzte, 6 Vertragsärzte, darunter 2 Spezialisten, 38 Heilgehilfen, einschl. 3 weibliche, 9 Irrenpfleger, ferner 4 Bureaubeamte.



Lazarett

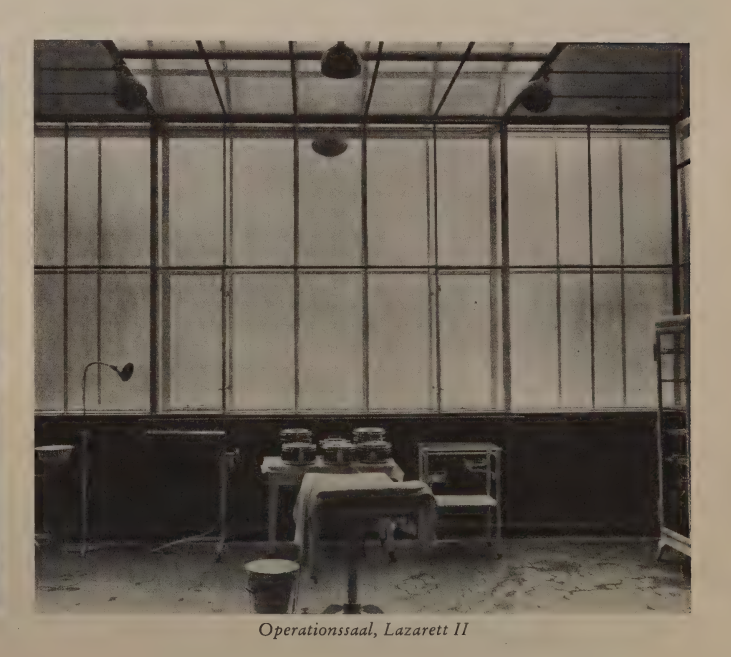
GRUNDRISS DES LAZARETTS II

Op. Vorzimmer · Operationssaal · Röntgenzimmer · Dunkelkammer · Pendelsaal · Apotheke · Zahnarzt · Tee-Küche · Laboratorium · Warteraum · Pansto-sial · Liegehalle

ERDGESCHOSS



Pendelsaal, Lazarett II



Operationssaal, Lazarett II

Krankenbewegung.

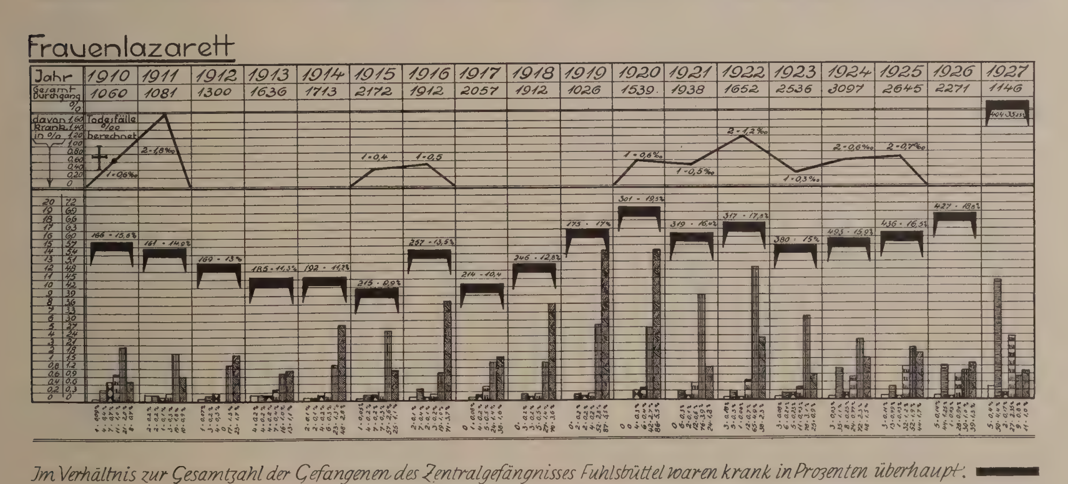
Männerlazarett

Jahr	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Gesamt Durchgang	7226	8178	8739	9219	9280	4215	3703	3678	3414	3308	8158	6584	6386	6837	6424	6430	7593	5762

davon Krank in %

Todesfälle ‰ berechnet

Frauenlazarett

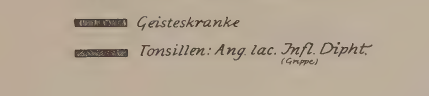


Im Verhältnis zur Gesamtzahl der Gefangenen des Zentralgefängnisses Fuhlsbüttel waren krank in Prozenten überhaupt:

davon: *nach Friedrichsberg verlegte Geisteskranke* *(Langenhorn)*

Syphilis

Phthisis pulm





Haus westlich der Alfredstraße

DAS MARIENKRANKENHAUS

VON PROFESSOR DR. ALLARD

DAS Marienkrankenhaus, Eigentum der katholischen Gemeinde Hamburgs, kann in diesem Jahre auf ein Alter von 64 Jahren zurückblicken, die ihm eine zielbewußte, ständige Vergrößerung aus kleinsten Anfängen heraus gebracht haben. In der Festschrift des Gesundheitsamts zur Naturforscherversammlung in Hamburg 1901 ist die bis dahin erzielte Entwicklung eingehend dargelegt, und die damalige Größe des Hauses ist aus dem obigen Lageplan ersichtlich, ebenso der in zwei großen Bauperioden 1910/11 und 1927/28 vorgenommene weitere Ausbau des Hauses. In der ersten wurde nach den Plänen des Architekten *Walter Martens* der St.-Antonius-Bau errichtet, der die Bettenzahl von bisher 400 auf 800 brachte. Es ist ein Korridorhaus mit herausgebauten Sälen (siehe Bild und Grundriß des Erdgeschosses).

An den hohen, die ganze Längsseite des Hauses einnehmenden Korridoren liegen die Einzelzimmer der 1. und 2. Klasse, während die beiden Ausbauten in jedem Stockwerk zwei hintereinander gelegene Säle enthalten, deren jeder für sich ausreichende Bade- und Klosetträume besitzt. Es handelt sich also, wenn man will, um eine Art Verbindung des alten Korridor- mit dem später beliebter gewordenen Einzelpavillonsystem, eine Lösung des Krankenhausbaus, die sich praktisch außerordentlich bewährt hat und Beachtung verdient. Nie ist in den Korridoren irgend etwas von dem Betrieb in den Sälen bemerkbar, nie herrscht in den Sälen, dank ihrer reichlichen, fast bis zur Decke gezogenen Fensterflächen, schlechte Luft, selbst nicht bei stärkster Belegung im Winter. Dazu ist dieses System auch für die Bewirtschaftung und ärztliche Versorgung denkbar bequem, so daß jeder, der in dem Bau gearbeitet hat, seine Vorzüge erkennt und anerkennt.

Für die erweiterten Bedürfnisse des Hauses sorgten ein neues Maschinenhaus mit moderner Heizungs- und Elektrizitätsanlage, sowie ein Waschhaus, das später (1925) durch eine Nähstube mit elektrischem Maschinenbetrieb erweitert und ergänzt wurde. Die unbedingt gebotene nähere Verbindung zwischen den beiden durch die Alfredstraße getrennten Bauteilen wurde durch einen Unterstraßentunnel hergestellt. Sogleich folgte nun in einem Anbau an St. Maria die Errichtung einer neuen Kapelle, die Einrichtung eines Refektoriums für die Schwestern und einer modernen Zentralküche. (1912.)

Krieg und Inflation verhinderten viele Jahre den schon längst geplanten Neubau eines Operationshauses, bis 1927 ein viel umfassenderer Entwurf zur Ausführung kam. Der alte St.-Josefs-Bau wurde niedergerissen und völlig neu gebaut, der St.-Maria-Bau aufgestockt und umgebaut, so daß nun auf der östlichen Seite der Alfredstraße ein einheitlicher Baukörper im Sommer dieses Jahres der Vollendung entgegengeht. Dieser Neubau, der außer dem Kellergeschoß mit einer großen Bäckerei vier Obergeschosse hat, wird die Bettenzahl des Marienkrankenhauses auf etwa 1000 bringen. Ein Bild und der Grundriß der Operationsabteilung geben eine Vorstellung dieses Baues, der nach den Plänen der Architekten *Puls* und *Richter* in Hamburg ausgeführt wurde.

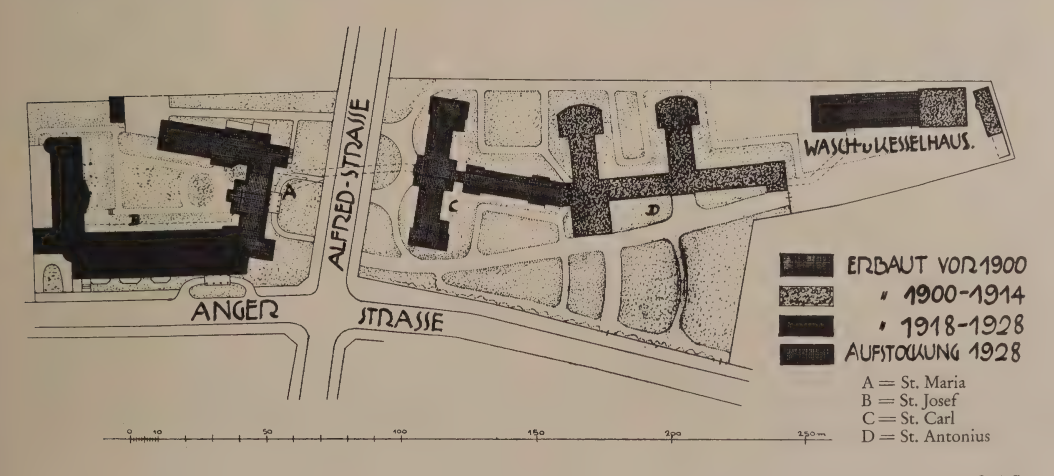
Die ganz geschlossene Operationsabteilung enthält drei große Operationssäle mit reichlichen Nebenräumen und anschließend ein den neuesten



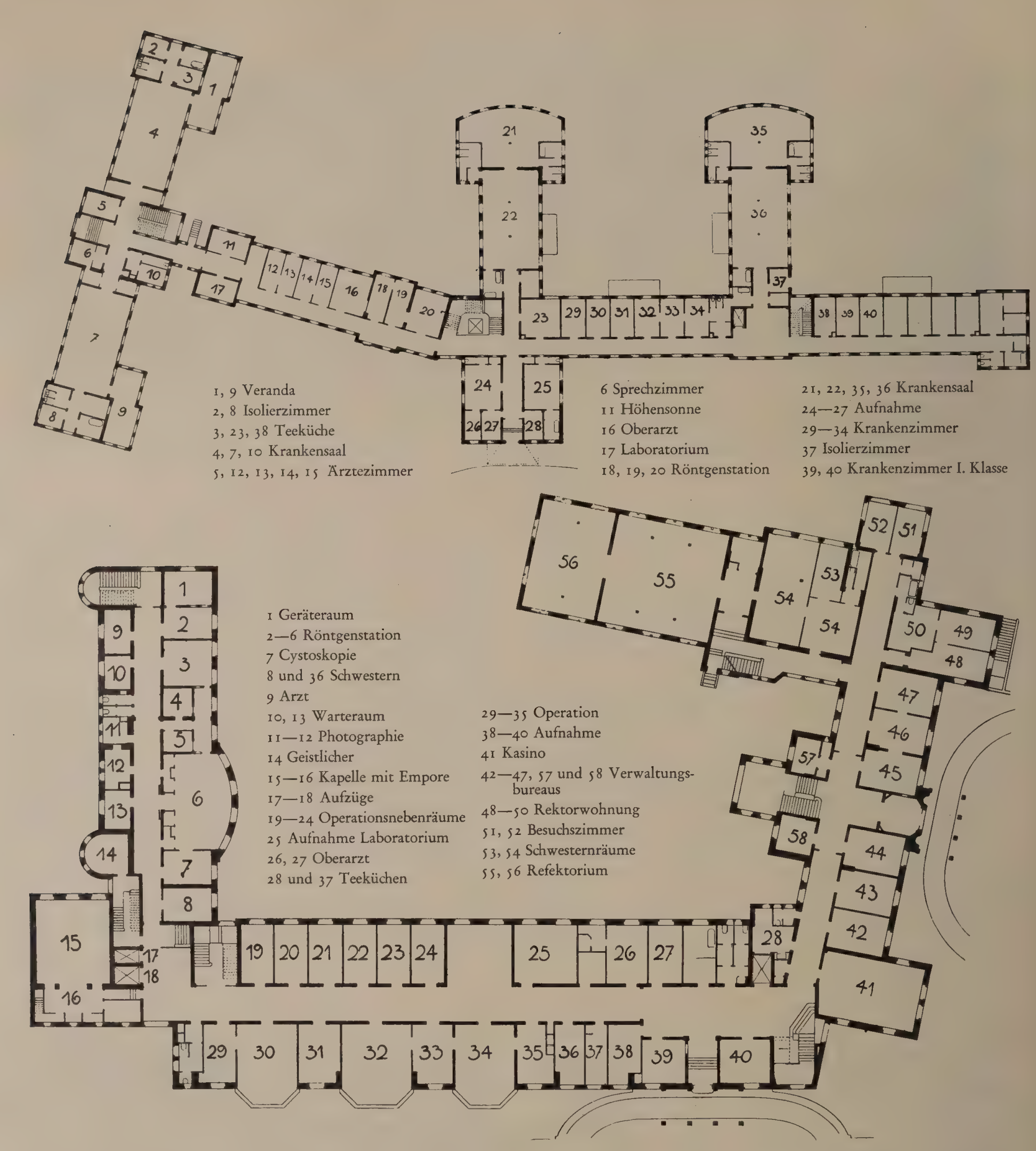
Haus östlich der Alfredstraße

Anforderungen entsprechendes Röntgeninstitut für Diagnostik und Therapie. In den andern Geschossen ist die Anordnung so getroffen, daß die Krankenräume nach Süden und Südwesten gelegen sind; im höchsten Stockwerk wird eine große Kinderabteilung mit offener Veranda alle Einrichtungen für eine leicht durchführbare Freiluftbehandlung erhalten. Sehr bemerkenswert ist die Anlage des pathologischen Instituts, das in Verbindung mit der Leichenaufbewahrung und der Kapelle für die Trauerfeiern völlig isoliert in den Bau eingefügt ist.

Auch die ärztlichen Einrichtungen haben sich entsprechend weiter entwickelt. 1911 wurden den Oberärzten Sekundärärzte beigegeben und im gleichen Jahre zu den bestehenden Abteilungen für innere Medizin, Chirurgie und Augenheilkunde eine solche für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten hinzugefügt. Der mit dem St.-Antonius-Bau eingerichteten Bäderabteilung wurde später ein medico-mechanisches Institut angeschlossen und ferner für die Behandlung mit Höhensonne und Diathermie die nötigen Apparate und Räume zur Verfügung gestellt. 1913 wurde ein Röntgeninstitut für Diagnostik geschaffen und mit Genehmigung des Senats eine Krankenpflegeschule eröffnet, die sich erfreulich entwickelt hat. 1926 erfolgte die Einrichtung eines Laboratoriums speziell für Mikrochemie und Serologie unter Anstellung einer technischen Assistentin. Entsprechend der vermehrten Krankenzahl und den wachsenden ärztlichen Bedürfnissen wurde die Zahl der Assistenten dauernd vermehrt. Mit der Eröffnung des neuen Hauses wird die innere ärztliche Organisation des Hauses eine erfreuliche Erweiterung und Vervollkommnung erfahren. Zur Zeit hat das



A = St. Maria
B = St. Josef
C = St. Carl
D = St. Antonius



Haus zwei leitende Oberärzte, zwei Spezialärzte, zwei Sekundärärzte und 13 Assistenzärzte.

Die Pflege der Kranken befindet sich seit der Gründung im Jahre 1864 in den Händen der Schwestern vom Hl. Carl Borromäus aus dem Mutterhause in Trier.

Die Entwicklung des Marienkrankenhauses vom Jahre 1901 bis zum Beginn des Neubaus beleuchten am besten die folgenden Zahlen:

	Bettenzahl	Krankenzahl	Durchschnitts-belegung	Verpflegungs-tage
1901	400	2486	267	97 595
1911	800	7060	547	196 136
1921	800	6292	647	236 188
1926	800	7633	690	251 868

Im Jahre 1914 wurde ein Teil des Hauses der Heeresverwaltung zur Verfügung gestellt, und es wurden bis 1921 in 605 431 Verpflegungstagen 8929 Militärpersonen verpflegt.



Gesamtansicht

FREIMAURER-KRANKENHAUS

VON DR. BONHEIM, LEITENDER OBERARZT

DAS Freimaurer-Krankenhaus, Kleiner Schäferkamp 43, wurde vor 133 Jahren als erstes hamburgisches Privatkrankenhaus gegründet. Es ist Eigentum der „Vereinigten 5 Hamburger Logen". Anfangs diente es der Aufnahme von weiblichen Dienstboten, später wurden Kranke aller Stände aufgenommen. Der ursprüngliche Kostsatz war Rm. 1.80 für allgemeine Patienten und Rm. 4.— für Kostgänger. Vor 43 Jahren, als die Räume zu eng wurden, wurde der jetzige Neubau errichtet.

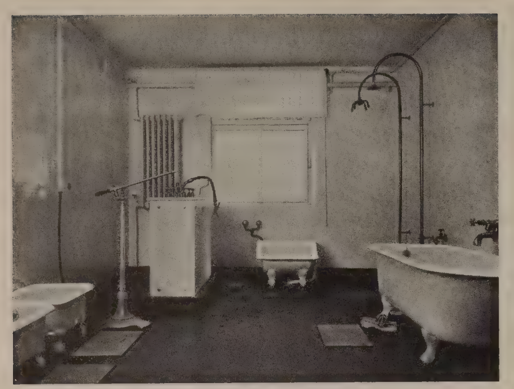
Während der Kriege 1813/14, 64, 66, 70/71 wurden verwundete Soldaten in der Anstalt behandelt. Bei Beginn des Weltkrieges wurde durch Stiftung der Loge Absalom ein Barackenlazarett mit 100 Betten errichtet, in dem 2397 Soldaten an 173 387 Verpflegungstagen behandelt wurden.

Krankenhäuser altern schnell. Nach 30 Jahren ist ein Krankenhaus unmodern, wenn nicht energisch für Verjüngung gesorgt wird. Seit den schweren Kriegs- und Inflationsjahren ist dauernd an der Erneuerung gearbeitet worden dank der verständnisvollen Initiative unseres Vorsitzenden, Herrn Cäsar Wolf. Es wurden geschaffen: ein Röntgeninstitut, neue Operationssäle, Entbindungsabteilung, Fahrstühle, fließendes Warm- und Kaltwasser, Telephonanlage, Doppeltüren und Doppelfenster, Erneuerung des gesamten Inventars, Autoparkplatz usw. Eine moderne Küchenanlage ist im Bau.

Im Krankenhause sind drei Abteilungen vorhanden: innere, gynäkologische, chirurgische, ferner das Röntgeninstitut; zwei Assistenten wohnen im Hause. Die Schwesternschaft entstammt dem Tabea-Mutterhause in Altona. Im letzten Jahre wurden 825 Patienten aufgenommen mit 16 496 Verpflegungstagen. In der Unfallstation erhielten 200 Patienten erste Hilfe.

Im Vorjahre wurde eine großzügige Abteilung für physikalische Therapie errichtet in der Erkenntnis, daß der moderne Arzt ohne physikalische Methoden nicht mehr auskommen kann.

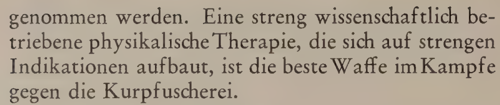
Die Zeiten, da der Arzt nach der Untersuchung eines Patienten nur ein Rezept verschrieb, sind für immer vorüber. In der modernen Therapie ist die Behandlung mit physikalischen Mitteln nicht mehr zu entbehren. Wenn die Ärzte sich dieses Behandlungszweiges nicht genügend annehmen, treiben sie die Patienten in die Hände der Kurpfuscher. Der Patient will „behandelt" werden, d. h. in die Hand



Duscheraum



Pistyanschlammbehandlung



genommen werden. Eine streng wissenschaftlich betriebene physikalische Therapie, die sich auf strengen Indikationen aufbaut, ist die beste Waffe im Kampfe gegen die Kurpfuscherei.

Unser Institut besteht aus 12 Abteilungen. In der Abteilung für Schlammbehandlung wird Original-Pistyanschlamm, den wir in Kisten von dem Bade Pistyan beziehen, in einem großen Kessel mittels strömenden Dampfes erweicht und sterilisiert. Der Schlamm wird zu Teil- und Ganzpackungen verwendet. Bei Ischias-, Rheumakranken, bei Gichtikern und chronischen Arthritikern, sowie bei Unterleibsleidenden (Exsudaten) werden mit dem radiumhaltigen Schwefelschlamm gute Resultate erzielt.

In den andern Abteilungen sind folgende Behandlungsmöglichkeiten gegeben: Dampfkastenbad, lokale Dampfduschen, ein regulierbarer Duschenkatheder für Regen-, Staub- und schottische Duschen und Wechselduschen. Ein elektrisches Kastenbad ist vorhanden, ferner Diathermieapparate und lokale Schwitzbäder. Außer der Höhensonne ist eine Solluxlampe und ein Bogenlichtscheinwerfer (Radiosol) zur Verfügung. Im Inhalatorium sind moderne Inhalierapparate und Unterdruckatmungsapparate aufgestellt. In der Badeabteilung werden Kohlensäure- und Sauerstoffbäder mit und ohne medizinische Zusätze verabreicht. Ferner sind elektrische Vollbäder und Vierzellenbäder vorhanden. In der Massageabteilung wird schwedische Massage und Gymnastik betrieben.

Ruheräume gestatten den Patienten nach der Behandlung behagliches Ausruhen.

Warteräume und ein modern ausgestattetes Untersuchungszimmer stehen den Ärzten zur Verfügung.

Daß unser Institut ein dringendes Bedürfnis war, geht aus der regen Inanspruchnahme seitens des Publikums hervor. Schon jetzt nach einem Jahre sind die Räume zu klein. Deshalb wird demnächst mit einer wesentlichen Erweiterung des Instituts für physikalische Therapie begonnen werden.



Elektrische Bäder



Inhalationsraum

VEREINS-HOSPITAL VOM ROTEN KREUZ

KRANKENHAUS DES VATERLÄNDISCHEN FRAUEN-VEREINS VOM ROTEN KREUZ

VON DR. J. EVERSMANN,

LEITENDER ARZT UND OBERARZT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE DES VEREINS-HOSPITALS

DAS Vereins-Hospital ist eine Schöpfung des Vaterländischen Frauen-Vereins vom Roten Kreuz.

Dieser Verein bildete sich im Jahre 1866 bald nach Ausbruch des Krieges, betätigte sich zunächst in der Aufbringung von Geldmitteln zur Linderung von Notständen in allen deutschen Landen und schloß sich im Jahre 1868 an den entsprechenden Verein in Berlin an.

Seine weitere Aufgabe sah der Verein in der Ausbildung von Krankenpflegerinnen und war imstande, im Juli 1870 fünf Schwestern ins Feld zu schicken.

Das weitere Ziel, ein eigenes „Krankenpflegerinnen-Asyl" und Hospital zu errichten, wurde bald erreicht, und am 9. März 1878 konnte das Vereins-Hospital am Schlump mit 50 Betten und 15 Schwestern eröffnet werden.

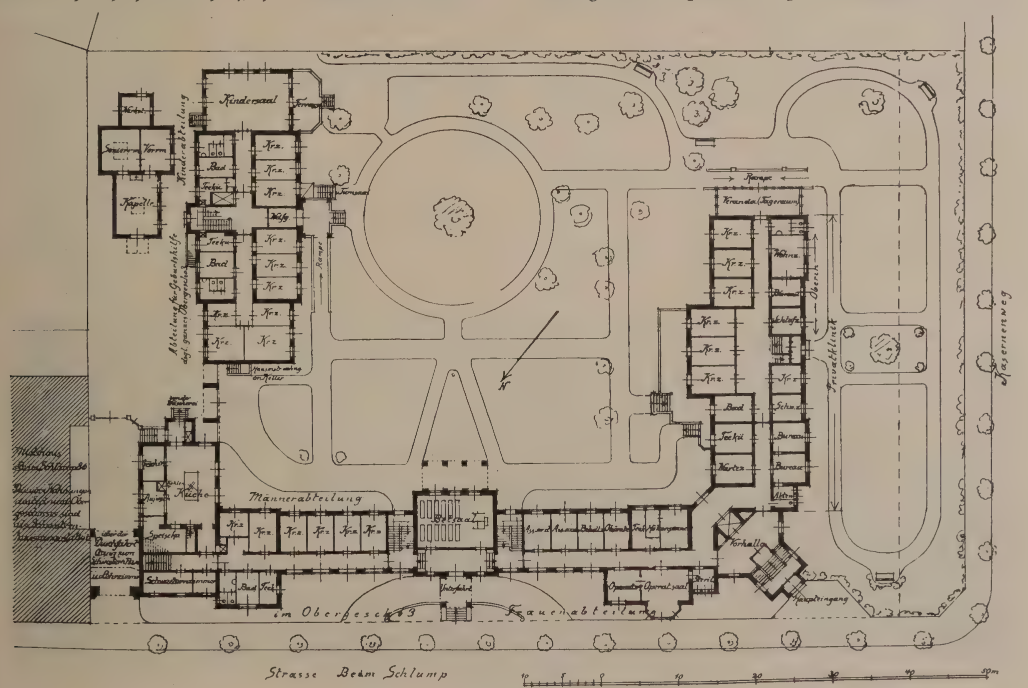
Erweiterungsbauten folgten in den Jahren 1888 bis 1889, 1905 und 1914/15, wodurch die Zahl der verfügbaren Betten auf 110 stieg, die sich wie folgt auf die verschiedenen Klassen verteilen:

Die Betten der ersten und zweiten Klasse, 25 resp. 17, befinden sich im wesentlichen in einem besonderen Flügel des Hospitals, dem sog. Klassenhaus oder der Privatklinik, und in dem Garten-Neubau (1914/15), in dem die geburtshilfliche Station, die Kinderabteilung und der mediko-mechanische Übungssaal untergebracht sind.

Außerdem stehen zur Verfügung 16 Betten dritter Klasse, 24 vierter Klasse, 16 Kinder- und 10 Säuglingsbetten.

In der ersten Klasse hat jeder Patient ein Zimmer für sich allein; in der zweiten Klasse befinden sich meist nur zwei, ganz vereinzelt drei Betten, in der dritten Klasse auch meist nur zwei Betten in einem Krankenraum, abgesehen von einem Saal mit vier Betten; die Vierter-Klasse-Patienten sind in Sälen mit je acht, sieben und vier Betten untergebracht.

Ein großer aseptischer Operationssaal mit Steri-





Straßenansicht

lisations-Vorraum und ein kleinerer Operationssaal für kleinere und septische Operationen stehen zur Verfügung.

Nachdem schon seit Jahren eine diagnostische Röntgen-Einrichtung bestanden hatte, ist diese im Jahre 1927 zu einem Institut mit allen erforderlichen modernen, zu therapeutischen Zwecken dienenden Apparaten ausgebaut worden, das unter der Leitung eines Röntgen-Facharztes steht.

Diesem Institut sind angegliedert die Einrichtungen für Diathermie, Höhensonne und Solluxlampenbehandlung usw.

Die Leitung des Hospitals untersteht einem Vorstand von Damen und Herren, der im wesentlichen die wirtschaftlichen Belange des Hospitals bestimmt und regelt.

In die ärztliche Leitung teilen sich drei Oberärzte für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe und interne Krankheiten, von denen der eine der leitende Oberarzt ist.

Im übrigen kann aber jeder hamburgische Arzt Kranke in der ersten und zweiten Verpflegungsklasse im Hospital unterbringen und dort weiterbehandeln.

Die Schwesternschaft besteht aus der Oberin und 97 Schwestern, darunter eine wachsende Zahl von Lernschwestern, die in der seit 1908 staatlich anerkannten Krankenpflegeschule des Hospitals von den Oberärzten ausgebildet werden und am Schluß eines jeweiligen Lehrganges die staatliche Prüfung ablegen.

Von den dem Vereins-Hospital als Mutterhaus angehörenden Schwestern sind 50 auf Außenstationen in Hamburg selbst und in Nachbarorten sowie in der Gemeindepflege tätig. In den Weltkrieg konnten 28 Schwestern entsandt werden.



Gartenansicht

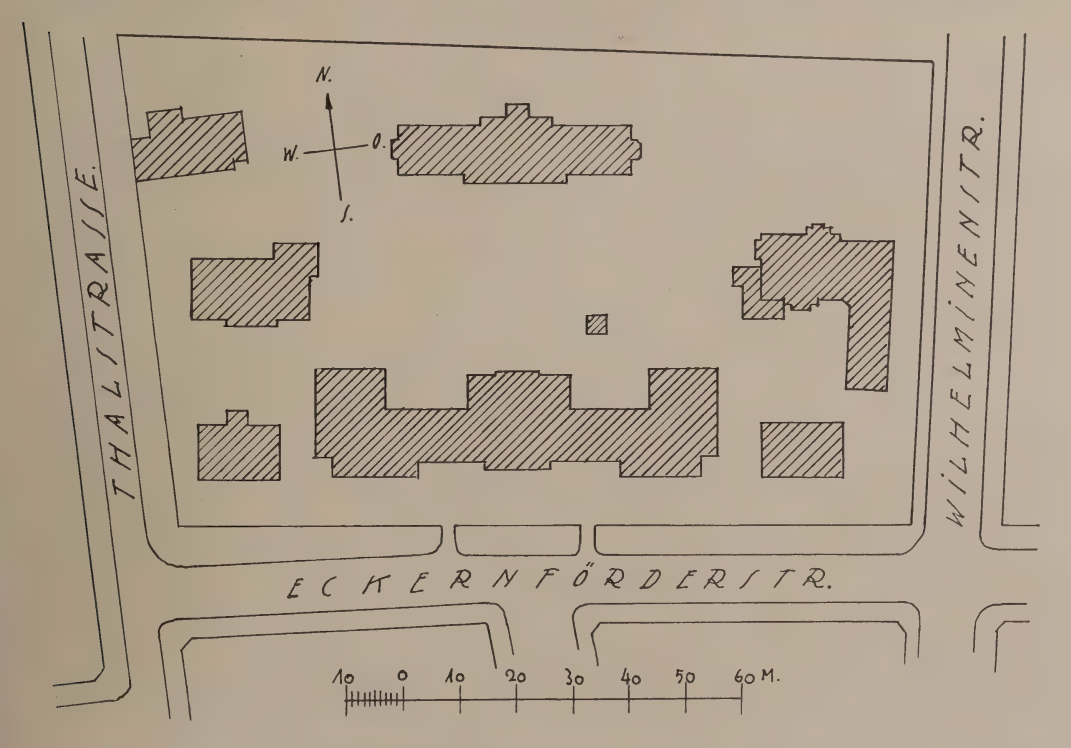
DAS KRANKENHAUS DER DEUTSCH-ISRAELIT. GEMEINDE (HEINE-STIFTUNG)

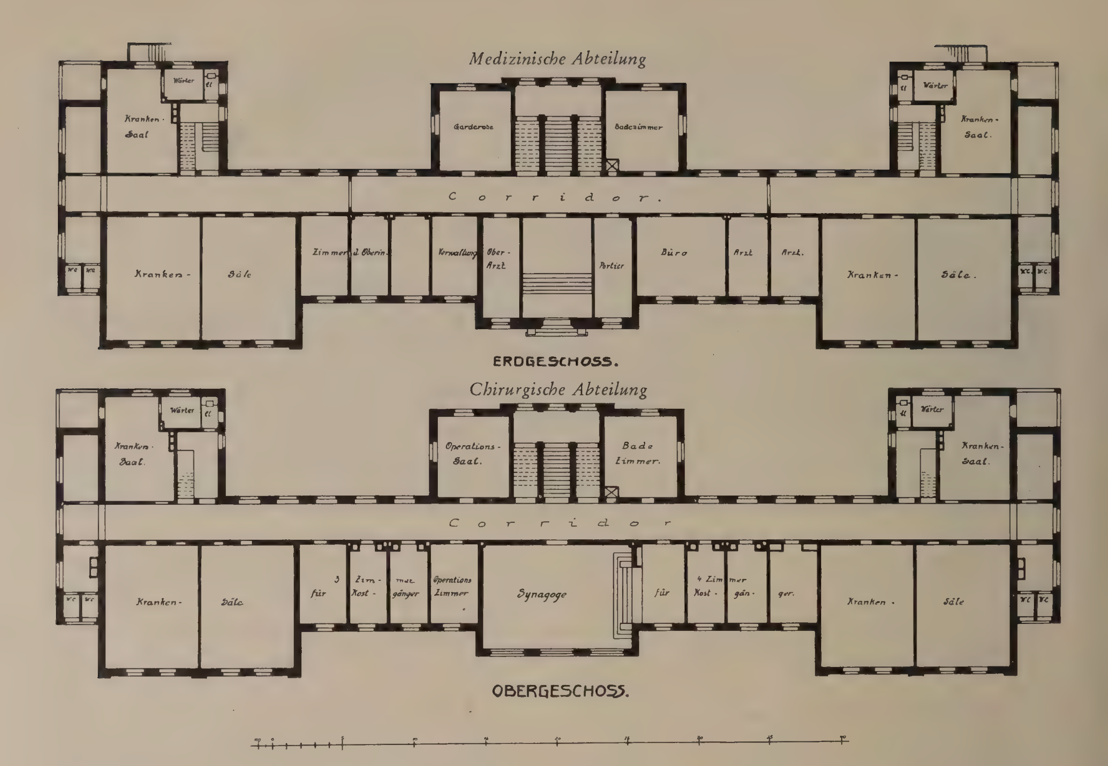
VON PROFESSOR DR. KORACH

DAS Krankenhaus der Deutsch-Israelitischen Gemeinde ist als Stiftung zur Aufnahme von Kranken aller Konfessionen bestimmt. Die Anzahl der Krankenbetten beträgt 145, eingeteilt in drei Klassen: 1. Klasse 10 Betten, 2. Klasse 15 Betten, 3. Klasse 120 Betten. Gegründet wurde das Krankenhaus im Jahre 1841 von Herrn Salomon Heine. 1891 wurde eine Poliklinik errichtet, 1902 zwei Kranken-Pavillons, 1906 das mit dem Krankenhaus verbundene Schwesternheim, welch letzteres 1915, da der Bedarf an Schwestern sowohl für das Krankenhaus als für die Privatpflege sich von Jahr zu Jahr steigerte — und das Schwesternheim nur für 20 Schwestern Raum schaffte —, vergrößert wurde.

Das Terrain des Krankenhauses hat eine Größe von 12 000 qm und liegt mitten in einem dichtbevölkerten Teile von St. Pauli. Das Hauptgebäude sowie die Poliklinik liegen mit der Hauptfront parallel der Eckernförder Straße, von der sie durch einen zehn Meter breiten Vorgarten getrennt sind.

Im Keller des Hauptgebäudes befinden sich die Wirtschaftsräume, das Laboratorium, das Röntgenzimmer und der Zandersaal, sowie die Apotheke; im Mittelbau des Erdgeschosses das Bureau, die Ärztezimmer, sowie die Wohnung der Oberin; in den Seitenteilen vier Krankensäle mit den dazugehörigen Tagesräumen, sowie zwei Einzelzimmer für Kostgänger 2. Klasse. Das Obergeschoß enthält den Betsaal, ein Operations- und ein Vorbereitungszimmer. Die Disposition der Zimmer in dem Seitenflügel des Obergeschosses ist die gleiche wie im Erdgeschoß. Außerdem enthält der Mittelbau sechs Kostgängerzimmer. Sowohl im Erdgeschoß, das für die „Innere Abteilung" bestimmt ist, als auch im Obergeschoß, das die „chirurgischen Kranken" beher-





bergt, befindet sich je ein großes Badezimmer, das u. a. auf der medizinischen Abteilung ein Licht- und Vierzellenbad, auf der chirurgischen u. a. ein permanentes Wasserbad enthält.

Die lichte Höhe der Räume beträgt im Erdgeschoß 3,75 Meter, im Obergeschoß 3,65 Meter. Mit Ausnahme der nach dem Garten zu gelegenen Tagesräume, die nach Norden gerichtet sind, liegen alle übrigen Krankenräume nach Süden. — Durchschnittlich kommen auf den Patienten 35 cbm Luftraum in den Krankensälen.

Die Heizung ist eine Niederdruckdampfheizung; von dieser Anlage werden sämtliche Baulichkeiten versorgt; die beiden Heizkessel sind in einem nach Norden gelegenen Anbau untergebracht.

Hinter dem Hauptgebäude, demselben parallel verlaufend, befindet sich ein zweistöckiger Pavillon, der im Erdgeschoß zwei große Krankensäle zu je zwölf Betten enthält, mit je einem Badezimmer und einem an jeden Saal sich anschließenden Tagesraum, aus dem die Patienten in ihren Betten direkt mitten in den Garten geschoben werden können. Außerdem befindet sich im Erdgeschoß ein Kinderzimmer mit zehn Betten.

In dem Obergeschoß befinden sich sieben Einzelzimmer für Kostgänger, ein gemeinschaftlicher Tagesraum, ein großer Operationssaal mit Narkosezimmer, Sterilisationsraum und Kleiderablage. Der Operationssaal hat Oberlicht, sowie große Seitenfenster nach Westen und Norden. Die künstliche Beleuchtung wird verschiedenen Stromkreisen entnommen, um beim Durchschlagen der Sicherung über Reservebeleuchtung zu verfügen.

Die Hauptfront des Pavillons ist nach Süden gerichtet.

An der Thalstraße befindet sich ein kleiner Pavillon, der ursprünglich für Infektionskrankheiten: Scharlach, Masern, Diphtherie — in getrennten Abteilungen — bestimmt war und auch einen Desinfektionsraum enthält. Da seitens der Behörde sehr großer Wert darauf gelegt wurde, daß die Infektionskranken in den staatlichen Krankenanstalten untergebracht waren, die Entfernung des Pavillons von der sehr stark bewohnten Thalstraße nur eine sehr geringe war, andererseits aber die Schaffung einer Entbindungs-Abteilung von Jahr zu Jahr sich als notwendig erwies, wurde in diesem Pavillon eine Entbindungs-Abteilung errichtet, die neben dem Kreißsaal fünf Zimmer enthält mit acht Betten.

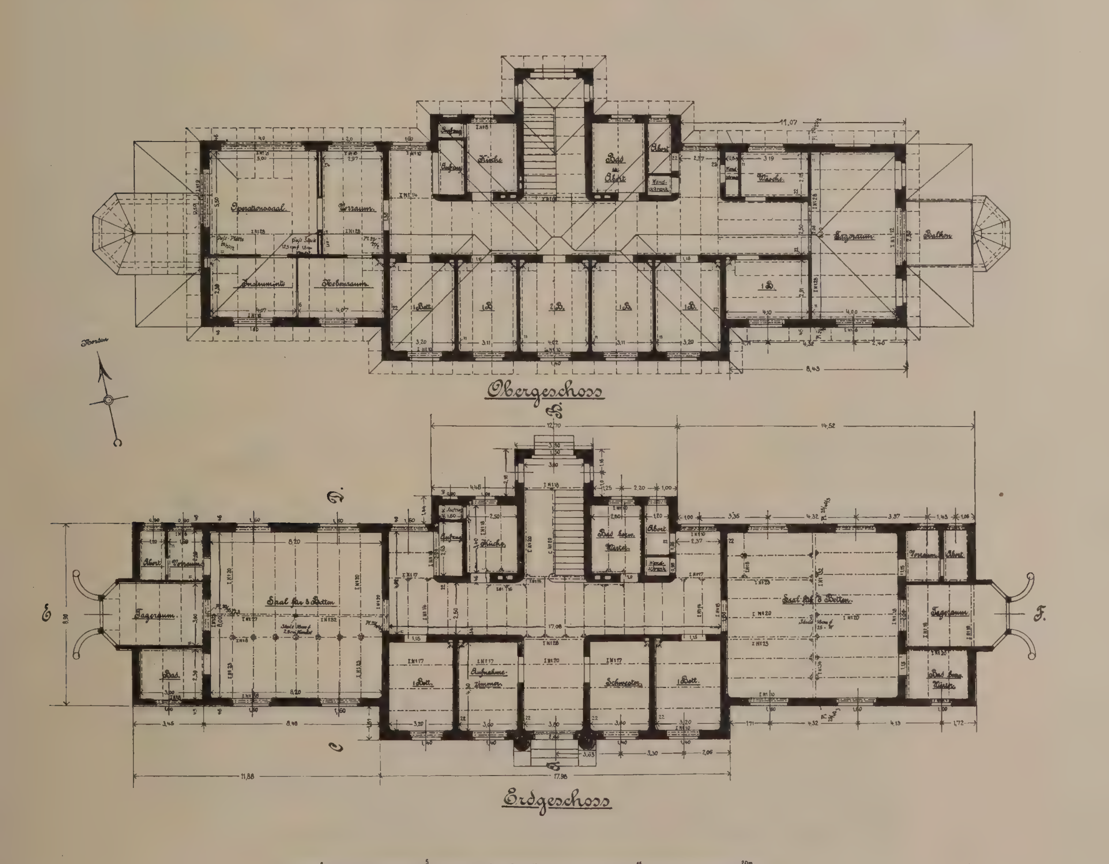
Dicht anschließend an die Entbindungs-Abteilung — an der Eckernförder Straße gelegen — befindet sich die Poliklinik mit sieben Abteilungen: Chirurgische Abteilung, Innere Abteilung, Augen-Abteilung, Ohren-, Hals- und Nasen-Abteilung, Hautkrankheiten, Nerven-Abteilung, Frauenkrankheiten-Abteilung.

Die Frequenz der nur Unbemittelten — unter Ausschluß der Krankenkassenmitglieder — zur Verfügung gestellten Poliklinik betrug im Jahre 1927 6000 Patienten. Das poliklinische Gebäude, aus Erd- und Obergeschoß bestehend, enthält in jedem Geschoß zwei Sprech- und ein Wartezimmer mit den nötigen Nebenräumen.

Das Krankenhaus hat zur Zeit zwei leitende Oberärzte: je einen für die medizinische und für die chirurgische Abteilung. Außerdem werden drei Assistenten beschäftigt und ein Praktikant, die in der Anstalt wohnen. Die Oberin des Krankenhauses ist gleichzeitig Oberin des Schwesternheimes. Das Wartepersonal rekrutiert sich aus dem israelitischen Schwesternheim, zur Zeit sind 24 Schwestern und 6 Schülerinnen im Krankenhaus tätig. Die Verwaltung des Krankenhauses untersteht einem Kuratorium von sechs Herren, dessen Präses zur Zeit Herr *Dr. Fritz Warburg* ist. Die gegenwärtigen Oberärzte sind *Prof. Korach* und *Prof. Levy*, Oberin des Krankenhauses und des Schwesternheimes Frl. *Klara Gorden*.

Im Jahre 1927 betrug die Zahl der Verpflegungstage 43 832, im Jahre 1926 40 183. Durchschnittlich wurden täglich 122 Patienten resp. 112 verpflegt.

Die Jahresausgabe betrug 1927 309 534 Rm., die zum großen Teil aus Kostgeldern und aus freiwilligen Spenden gedeckt werden, da das Krankenhaus keinerlei Subvention bezieht.

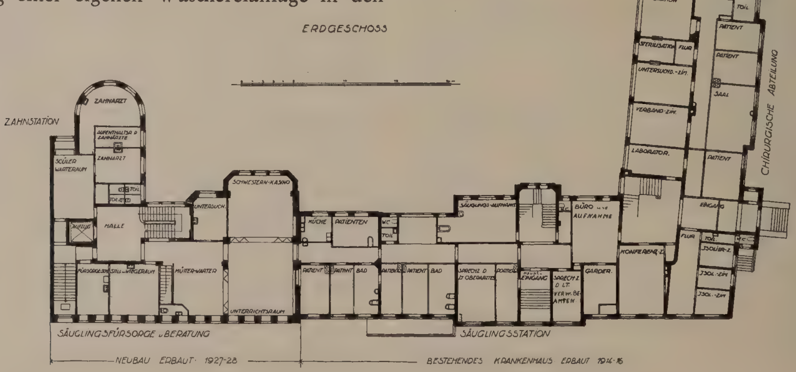


SÄUGLINGS- UND KINDERKRANKENHAUS ROTHENBURGSORT E.V.

VON DR. C. STAMM, LEITENDEM OBERARZT

IM Jahre 1898 wurde in dem Stadtteil Rothenburgsort, der vornehmlich eine Arbeiterbevölkerung von etwa 60 000 Seelen aufweist, von der Familie *E. H. Kruse* eine Kinderpoliklinik, die erste in Hamburg, eröffnet. Bald gliederte sich an die täglich abgehaltene ärztliche Sprechstunde, an der sich auch Fachärzte für Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten beteiligten, eine Fürsorgeabteilung für Säuglinge und Kleinkinder an. Für die letztere stellte das Gemeindehaus seine Räume zur Verfügung. Die Notwendigkeit eines Säuglings- und Kinderkrankenhauses in dem von allen bestehenden Krankenanstalten weit entfernten Stadtteile Rothenburgsort machte sich immer stärker fühlbar, so daß mit Hilfe des Staates, der den Bauplatz von 3800 qm Größe und einen Teil der Baugelder zur Verfügung stellte, im Jahre 1914 mit der Errichtung eines Kinderkrankenhauses begonnen werden konnte, in dem auch Räume für die Fürsorge und die Schulzahnklinik enthalten waren. Mitte Juli 1917 konnte das Haus teilweise in Betrieb genommen werden, zunächst nur für die Zwecke der Poliklinik und der Fürsorge. Die Krankenabteilungen wurden erst im Mai 1922 eröffnet. Die mit 60 Krankenbetten — 30 für Säuglinge und 30 für Kinder — ausgestattete Anstalt erwies sich bald als zu klein, obwohl die akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters, wie Diphtherie, Masern, Scharlach, Keuchhusten und Windpocken, von der Aufnahme ausgeschlossen blieben. Eine Erhöhung der Bettenzahl auf 106, davon 66 für Säuglinge, ließ sich durch den Ausbau bereits vorhandener Räume im Westflügel der Anstalt herbeiführen. Die Erweiterung bedingte die Einrichtung einer eigenen Wäschereianlage in den bereits bei der Erbauung des Hauses hierfür vorgesehenen Räumen.

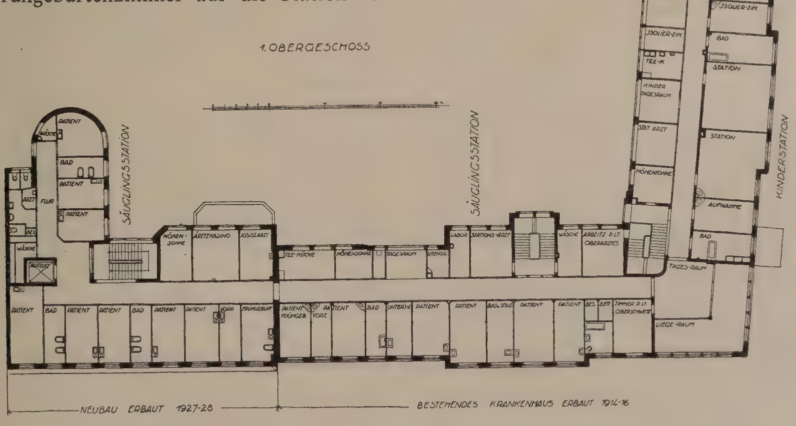
Durch die schnell fortschreitende Bevölkerungszahl der Stadtteile Rothenburgsort, Veddel und Umgegend wurden schon 1926 erneut Klagen der Bevölkerung über die von uns notgedrungen wegen Platzmangels erfolgte Abweisung kranker Kinder laut, so daß wir uns abermals zu einer Erweiterung der Anstalt entschließen mußten. Das Kinderkrankenhaus fand das weitgehendste Interesse des Staates, der zur Durchführung eines größeren Erweiterungsbaues die erforderlichen Geldmittel zur Verfügung stellte. Durch diese Erweiterung erhöhte sich die Zahl der Betten von 106 auf 231. Nach den Wünschen und Angaben der Baukommission, zu der neben dem Vorstande und dem Oberinspektor Mitglieder des Verwaltungsausschusses des Kinderkrankenhauses und der Staatsbehörden — der Finanzdeputation, Baudeputation und Gesundheitsbehörde — gewählt wurden, haben die Architekten *G. Henry Grell* und *Pruter* das bestehende, ebenfalls von *G. Henry Grell* in Verbindung mit *C. Walter Martens* erbaute Haus so erweitert, daß wir dem Prinzip der schärfsten Trennung der gesunden und unserer Fürsorge unterstellten Kinder von den kranken Kindern treu geblieben sind und andererseits eine Sonderung der kranken Säuglinge von den kranken älteren Kindern im weitesten Maße durchführen können. Aus diesem Grunde verfügt das ältere Gebäude über zwei völlig getrennte Treppen-



häuser, von denen das eine in die Haupt-Säuglingsabteilung, das andere in die Kinderabteilung führt. Die Erweiterung ist in der Weise erfolgt, daß die obere Säuglingsabteilung eine direkte Fortsetzung in dem Neubau hat, während die neue Kinderstation ein ganzes Stockwerk des Ergänzungsbaues einnimmt. Der Eingang und das Treppenhaus des Neubaues führen zu den Räumen der Schulzahnklinik und zu den Personalwohnungen. Die Forderungen des leitenden Oberarztes, Handhabung striktester Sauberkeit und reichliche Isolierung der Kranken, wurden beim Bau berücksichtigt. Auf den Säuglingsabteilungen sind nur kleine Krankenräume und auf den Kinderabteilungen neben drei größeren mit je acht Betten eine Mehrzahl kleinerer Zimmer geschaffen. In jedem Krankenzimmer befinden sich ein Waschbecken mit warmem und kaltem Wasser und ein besonderes Becken für desinfizierende Lösungen. Zwischen je zwei Säuglingskrankenzimmern mit je drei bis vier Betten ist ein Badezimmer mit zwei Feuerton-Badewannen eingeschaltet. Durch eingebaute, von den Krankenzimmern und vom Korridor aus zu bedienende Wäscheschränke wird ein zu häufiges Betreten der Krankenzimmer vermieden. Glaswände erleichtern die Übersicht über die Säuglingsstation, sowohl von Zimmer zu Zimmer als auch vom Korridor aus. Die Glaskorridorwände sind angelegt, um einen Besuch der Säuglinge durch die Angehörigen in den Krankenzimmern zu vermeiden wegen der damit verbundenen Gefahr der Einschleppung von Krankheiten. Die Frühgeburten-Abteilungen bestehen aus je zwei Zimmern mit je einem Vorzimmer. Dadurch, daß man, um in die Frühgeburtenzimmer zu kommen, zuerst durch die Vorzimmer gehen muß, ist eine gleichmäßige Temperatur der Frühgeburtenzimmer besser haltbar. Die Vorzimmer bieten außerdem die Möglichkeit, die aus dem Frühgeburtenzimmer auf die Station zu verlegenden Säuglinge allmählich an die sonst übliche Zimmertemperatur zu gewöhnen. Die Frühgeburtenzimmer haben insgesamt zehn Krankenbetten. Sie sind sowohl durch Dampf als auch durch Warmwasser heizbar. Die Wände im Neubau sind in Höhe von 1,20 m gekachelt. Der Fußboden der Säuglingsstation besteht aus Terrazzo. Die Kinderstation hat mit Linoleum belegte Fußböden, mit Ausnahme des Korridors, des Untersuchungs- und Verbandszimmers, des Badezimmers mit eingebauter Badewanne und zwei massiven Sitzbadewannen und des Wasserbettzimmers, die Terrazzo haben. Die Grundrisse der einzelnen Geschosse des Krankenhauses, einschließlich des Erweiterungsbaues, sind zur besseren Orientierung beigefügt, zu denen noch kurze Erklärungen nachfolgend gebracht werden:

I. *Das Kellergeschoß* enthält

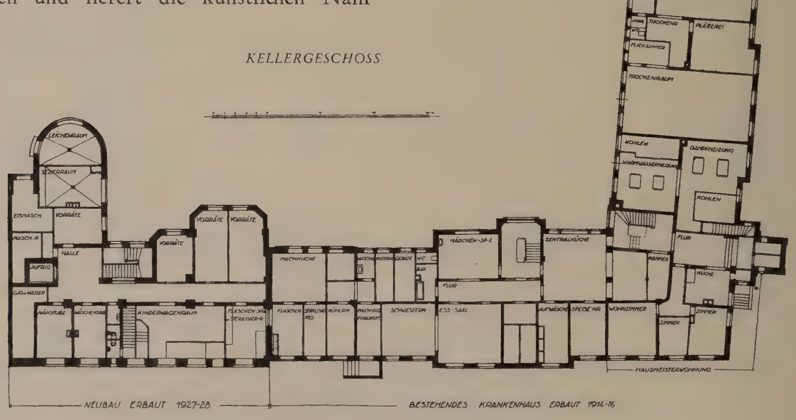
1. die Wäscherei, bestehend aus einem Waschraum mit einer elektrisch betriebenen Waschtrommel und Zentrifuge, einem Wäschesortierraum, einem Flickzimmer, zwei Plätträumen mit je einer durch Gas heizbaren Absauge-Mulden-Mangel, einer elektrischen und einer Gasplättbatterie;
2. die Zentralheizungsanlage, bestehend aus je zwei Niederdruck-Warmwasser- und Niederdruck-Dampfkesseln. Im allgemeinen geschieht die Heizung durch Warmwasser. Es ist jedoch die Einrichtung getroffen, daß besonders wichtige Räume, wie die für die Frühgeburten und der Operationssaal, auch durch Dampf beheizt werden können. Die Heizungsanlage liefert Dampf und Warmwasser



für die Waschtrommel und für die Sterilisierapparate;

3. die aus drei Zimmern und Küche bestehende Dienstwohnung des Hausmeisters mit eigenem Zugang von der Straße her;
4. die allgemeine Küche mit zwei Zugängen, einem Raum mit einer dreiteiligen Aufwäsche aus Nickelin, einer Speisekammer und einer Topfkammer. An Kocheinrichtungen stehen zur Verfügung: ein Gas-Großküchen-Herd, 3 m lang und 1,30 m breit, mit acht geschlossenen Kochplatten und zwei offenen Kochstellen, ein dreiteiliger Gas-Etagen-Back- und Bratofen und die zu einem Kochbetrieb gehörenden Küchenmaschinen;
5. ein Speisezimmer für das Hauspersonal und einen großen, mit eingebautem Büfett ausgestatteten Eßsaal für Schwestern und Schülerinnen;
6. das in sich abgeschlossene Gebiet der Milchküche. Es besteht aus einem Milchzubereitungsraum (Küchenraum), einem Reserve-Sterilisierraum mit einem Sterilisierapparat, der das Sterilisieren von 240 Flaschen sowohl durch Gas als auch Dampf ermöglicht, einem Kühlraum und einigen kleinen Vorrats- und Nebenräumen, einer Aufwäsche und einem Flaschenspül- und Sterilisierraum mit einem von der Firma *Gebrüder Roeder*, Darmstadt, nach Angabe des Kinderkrankenhauses eigens angefertigten Dampf- und Gassterilisierapparat mit einem Fassungsvermögen von 640 Flaschen und einer elektrisch betriebenen Flaschenreinigungsanlage mit einer stündlichen Leistung von 800 Flaschen. Die Milchküche ist nur durch einen Handaufzug mit den Teeküchen der Säuglingsabteilungen verbunden und liefert die künstlichen Nährgemische für diese und für die unter der Beobachtung des Krankenhauses stehenden Kinder der Säuglingsfürsorge und die Säuglinge, die auf Anweisung der praktizierenden Ärzte Heilnahrung von der Anstalt beziehen. Für die Ausgabe der angefertigten Nahrung an das Publikum ist der Eingang von der Straße her. Die Nahrung wird unter dem Selbstkostenpreis abgegeben;
7. einen von der Straße mittels Rampe zugänglichen Raum zur Aufbewahrung und Bewachung der Kinderwagen der die Fürsorgestelle mit ihren Säuglingen aufsuchenden Mütter. Durch eine Treppe ist eine Verbindung mit den im Parterre befindlichen Fürsorgeräumen geschaffen;
8. drei Vorratsräume, davon einen für Kartoffeln und Gemüse, den zweiten für Konserven usw. und den dritten für Reinigungs-, Desinfektionsmittel usw.; ferner eine Nähstube und eine Wäschevorratskammer;
9. Maschinenräume, Raum für die Kühlanlage und einen Kühlraum;
10. einen von sämtlichen Räumen des Krankenhauses getrennt liegenden Sektionsraum und einen Leichenaufbewahrungsraum mit einem Eingang vom Garten.

II. *Das Erdgeschoß* wird im Ostflügel von der chirurgischen Abteilung mit Operationssaal, Röntgenzimmer und Laboratorium eingenommen. Völlig getrennt von jeder Station ist eine Quarantäneabteilung für Kinder eingerichtet. Im Westflügel befindet sich eine kleine Säuglingsstation. Im Erdgeschoß des Neubaues ist mit Eingang von der Straße her die



KELLERGESCHOSS

Fürsorgeabteilung und die Schulzahnklinik, ein Unterrichtssaal und das Schwesternkasino vorhanden. Durch Harmonika-Türen ist es bei besonderen Gelegenheiten möglich, aus diesen beiden Räumen — einschließlich des Mütterwarteraumes — einen großen Raum zu schaffen.

III. Im *ersten Obergeschoß* sind im Ostflügel die Kinderstation und im Westflügel die Säuglingsstation mit zahlreichen Einzelzimmern untergebracht. Beide Stationen sind getrennt durch eine nach Süden offene Liegehalle. Durch eine Höhensonneneinrichtung auf der Kinder- und zwei Höhensonneneinrichtungen auf der Säuglingsstation ist für Behandlungsmöglichkeit genügend gesorgt. Im Neubau befinden sich außerdem nach der Ostseite das Zimmer für den Stationsarzt und das Ärztekasino.

IV. Der *zweite Stock* dient im Altbau für Personalräume, im Ergänzungsbau befindet sich im zweiten Stock eine zweite Kinderabteilung mit Wasserbett-, Höhensonnen- und Kinderspielzimmer.

V. Der *dritte Stock* verfügt über Schwesternwohnungen und die Dienstwohnung des Sekundärarztes.

VI. Im *vierten Stock* befinden sich gleichfalls Schwesternzimmer und der Dachgarten. Dieser dient als Sonnen- und Liegeraum für kranke Kinder und ist durch Glasdach gegen Unwetter geschützt. An besonders heißen Tagen kann die Berieselungsanlage auf dem Glasdach in Tätigkeit gesetzt werden. Ein Teil des Dachgartens ist als gedeckter Laubengang ausgebaut.

Ein großer Fahrstuhl, der vom Keller bis zum vierten Stock führt, gestattet, in bequemer Weise die Betten von den Stationen in den Freiluft-Liegeraum bzw. in den Garten zu fahren.

Die Lage des Hauses ist so gewählt, daß im allgemeinen die Krankenzimmer nach Süden und Südwesten gerichtet sind. Im Hofflügel des Neubaues liegen auch einige Zimmer nach Osten. Die Wirtschaftsräume liegen nach Norden.

Das Krankenhaus ist ein massiver Backsteinbau, dessen künstlerischer Schmuck an der Fassade des Neubaues von Herrn Bildhauer *Kuöhl* ausgeführt wurde und durch eine überlebensgroße Statue „Mutterliebe“ neben Gruppen spielender und tanzender Kinder auf den Zweck des Gebäudes hinweist.

Die ärztliche Leitung hat seit der Eröffnung des Hauses *Dr. C. Stamm,* der zugleich Leiter der staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule ist. Ihm zur Seite stehen ein Sekundär-, drei Assistenzärzte und ein Medizinalpraktikant, sowie für die chirurgische Abteilung ein Oberarzt und Spezialärzte für Augen- und Ohrenkrankheiten.

Die Krankenpflege wird von 18 Diakonissen des Diakonissenhauses „Tabea“, Altona, ausgeübt. Diesen zur Seite stehen 50 Schülerinnen, die für die Prüfung zur Erlangung der staatlichen Anerkennung als Säuglings- und Kleinkinderpflegerin ausgebildet werden und in der staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule des Krankenhauses ihre Prüfung ablegen können. Die Aufsicht über das gesamte Pflegepersonal übt die leitende Oberschwester, die auch dem genannten Diakonissenhause angehört, aus. Die Schulleitung besteht außer dem leitenden Oberarzt aus der leitenden Oberschwester des Hauses.

Die Leitung der Waschküche, Küche und Milchküche ist je einer Diakonissin übertragen.

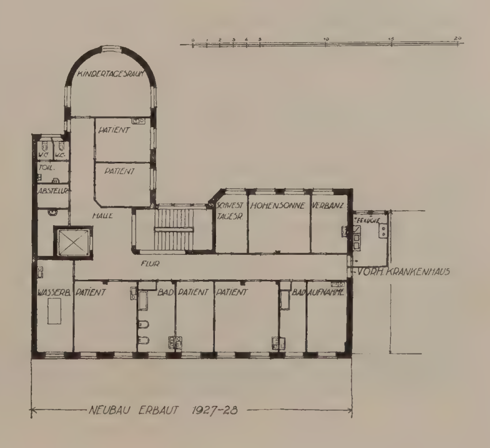
In der Anstaltsküche wird die Kost für die älteren Kinder und das Personal zubereitet. Die verschiedenen Nahrungen der Säuglinge werden in der Milchküche hergestellt. Die in der Anstalt mit ihren Kindern untergebrachten Ammen versorgen die vom Arzt bestimmten Säuglinge mit Milch.

Die in jedem Kinderkrankenhause bestehende große Gefahr von Hausinfektionen ist bei uns stets gering gewesen, weil Isoliergelegenheiten zur Genüge vorhanden sind. Die Mortalität im letzten Jahre war unter 7 v. H.

Die Verpflegungssätze sind die gleichen wie die der allgemeinen Verpflegungsklasse der staatlichen Krankenhäuser.

Die Verwaltung untersteht einem Oberinspektor mit drei Bureauangestellten.

Die Mittel werden aufgebracht durch Mitgliedsbeiträge, Stiftungen in Form von Geld, Nahrungsmitteln, Kleidungsstücken usw., die Kostgelder und eine Staatsbeihilfe in Höhe von 20 000 Rm. jährlich.



DIAKONISSEN- UND KRANKENHAUS BETHANIEN

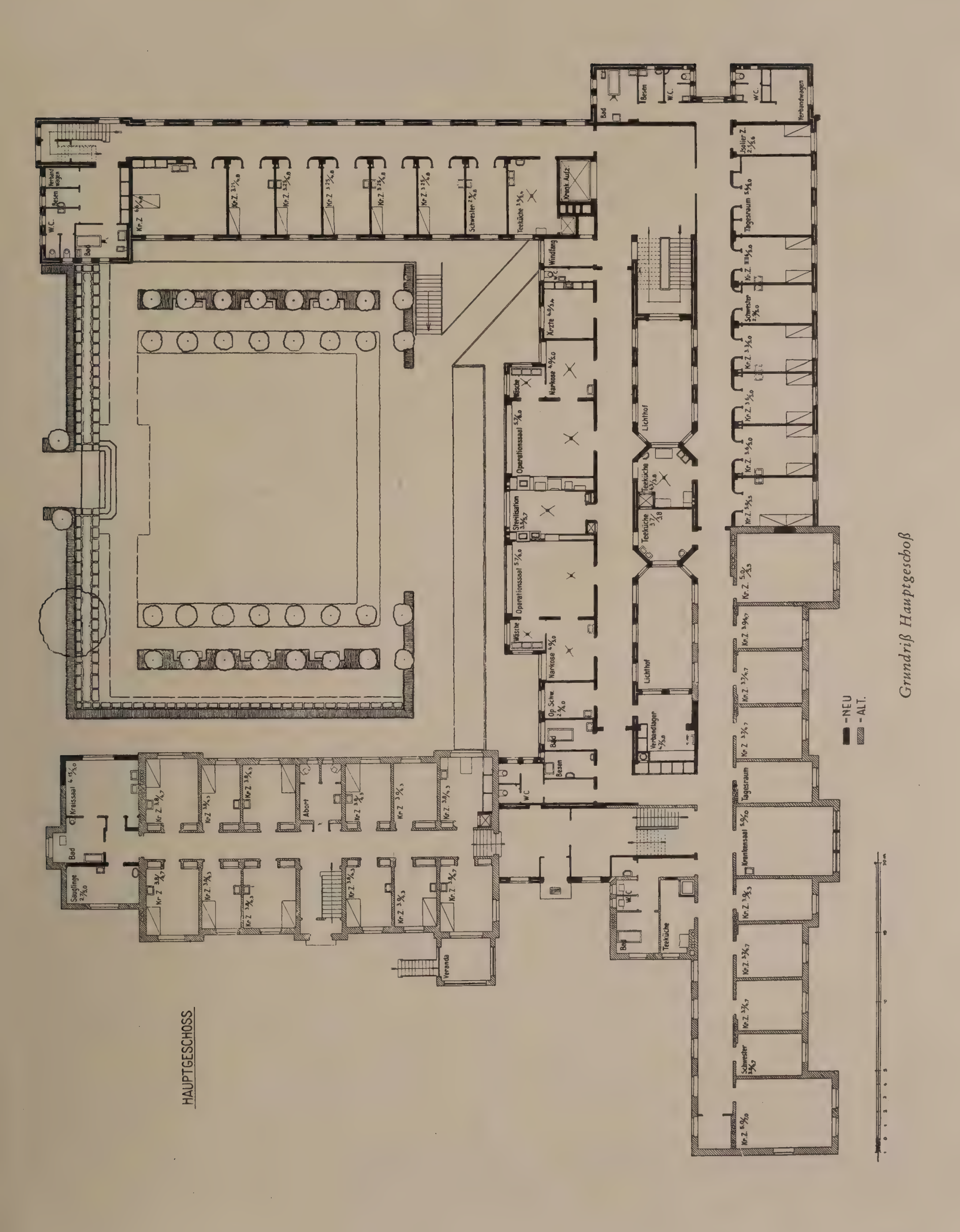
VON DIREKTOR H. RAMKE

DAS Diakonissen- und Krankenhaus Bethanien in Hamburg gehört dem „Bethanien-Verein", Diakonissenverein für allgemeine Krankenpflege. Der Zweck des Vereins ist die Gewinnung, Ausbildung und Verwendung von Diakonissen in Werken christlicher Liebe. Die Tätigkeit der Diakonissen erstreckt sich — ohne Unterschied der Religion oder Konfession — auf die Pflege von Kranken in Krankenanstalten und Familien, auf Gemeindediakonie, Siechen- und Kinderpflege und auf die Pflege im Felde verwundeter Krieger.

In der Freien und Hansestadt Hamburg begann der Bethanienverein seine Tätigkeit im Jahre 1878, und zwar auf dem Gebiete der Privatkrankenpflege. Die kleine Schwesternschaft fand ihr erstes Heim in dem Stadtteil St. Georg. Da sich die Arbeit mehrte und die Zahl der Schwestern wuchs, sah sich die Vereinsleitung genötigt, ein größeres Heim zu sichern. Mit Hilfe von Freunden des Vereins wurde das Hausgrundstück am Grindelberg 15a käuflich erworben und im April 1886 von den Schwestern bezogen. Im August des Jahres 1886 erhielt das „Schwesternheim Bethanien" im Staate Hamburg Rechtsfähigkeit als milde Stiftung. Die Weiterentwicklung des Werkes, besonders aber die Erziehung und Ausbildung der Schwestern forderte bald ein Krankenhaus. Als dieses Bedürfnis im Freundeskreise der Schwestern bekannt wurde, boten einflußreiche und bemittelte Personen ihre Hilfe an. Durch Beschluß des Senats und der Bürgerschaft wurde dem Schwesternheim Bethanien das große Grundstück Martinistraße 46 als Bauplatz für ein Krankenhaus



Vorderansicht



Grundriß Hauptgeschoß

und Schwesternheim zur Verfügung gestellt. Mitten im Cholerajahr 1892, als 25 Bethanienschwestern den an der Cholera erkrankten Bürgern Hamburgs dienten, wurde mit dem Bau des Krankenhauses und Schwesternheims begonnen. Dasselbe wurde nach einem ⊥ förmigen Grundriß errichtet. Der an der Martinistraße liegende Hauptbau, der 45 m lang und durchschnittlich 8,30 m tief ist, bildete das Krankenhaus, und der in der Mitte des Hauptbaues rechtwinklig anstoßende 45 m lange Flügel diente als Schwesternheim. Nach seiner Fertigstellung im September 1893 bot das Krankenhaus Platz für 80 Kranke und das Schwesternheim für 30 Schwestern. Als im Jahre 1904 für die Schwestern ein neues Schwesternheim errichtet werden konnte, wurde das mit dem Krankenhause verbundene Schwesternheim für die Aufnahme von Kranken hergerichtet. Diese Erweiterung erhöhte die Bettenzahl des Krankenhauses auf 110. Doch auch diese Erweiterung entsprach nicht lange den Bedürfnissen. Durch die ständig steigende Nachfrage nach einer größeren Zahl von Krankenbetten und durch die Entwicklung der Heilkunde wuchs das Bedürfnis nach einer Modernisierung und weiteren Vergrößerung. Das Jahr 1914 sollte nun dem Krankenhause auf dem im Jahre 1913 erworbenen Nachbargrundstück die erwünschte Vergrößerung und Verbesserung bringen. Als aber der Krieg ausbrach, mußten die Baupläne beiseite gelegt werden. Der größte Teil des Krankenhauses wurde als Lazarett eingerichtet und jeder verfügbare Raum so ausgenutzt, daß durchschnittlich 140 Kranke Aufnahme fanden. Nach Beendigung des Krieges und überstandener Inflation wurden die den Krankenhauserweiterungsbau betreffenden Fäden wieder aufgenommen.

Der Erweiterungsbau. Die Aufstellung der Baupläne, die den Architekten H. Distel und A. Grubitz zu Hamburg übertragen wurde, bot, weil der Bauplatz ein beschränkter und das Bauprogramm ein umfangreiches war, nicht geringe Schwierigkeiten. Eine unbefangene Beurteilung des Erweiterungsbaues läßt aber erkennen, daß die Architekten dieser Schwierigkeiten vollkommen Herr geworden sind. Große Schwierigkeiten verursachte auch die architektonische Lösung der Zusammenfassung von Alt- und Neubau. Dadurch, daß die Baumasse nach dem Haupteingange zu dynamisch gesteigert wurde, ist die Symmetrie der alten Fassade aufgehoben und ein Schwerpunkt geschaffen worden, der die verschiedenartigen Elemente der Gesamtfassade zu einer Einheit zusammenzwingt. Es entstand so die sehr interessante Lösung, daß eine völlig moderne Gestaltung der Fassade des Erweiterungsbaues eine Einheit schuf, die auf einem mehr dem Altbau angepaßten Wege nicht zu erreichen gewesen wäre. Diese Lösung entspricht auch voll und ganz dem inneren Organismus des Hauses, weil die Haupteingangshalle, der Zentralpunkt des Verkehrs im Innern, auch nach außen hin am stärksten betont wird.

Für die Anfahrt der Krankentransportwagen ist eine 4 m breite Durchfahrt bis zur Nachbargrenze freigelassen. An die Eingangshalle schließt sich ein in die Tiefe gehender Flügel. Für die Operationssäle wurde im Abstand von 3 m zum Hauptbau an der Martinistraße ein zweistöckiger Parallelflügel nach Nordwesten vorgesehen. Durch diese Anordnung ist das Grundstück so ausgenutzt, daß zwischen dem U-förmig gruppierten Bau ein großer Garten erhalten blieb.

Die Anzahl der Geschosse und deren Höhenlage ist im Neubau die gleiche wie im Altbau, jedoch ist im Seitenflügel des Neubaues ein Dachgeschoß errichtet worden.

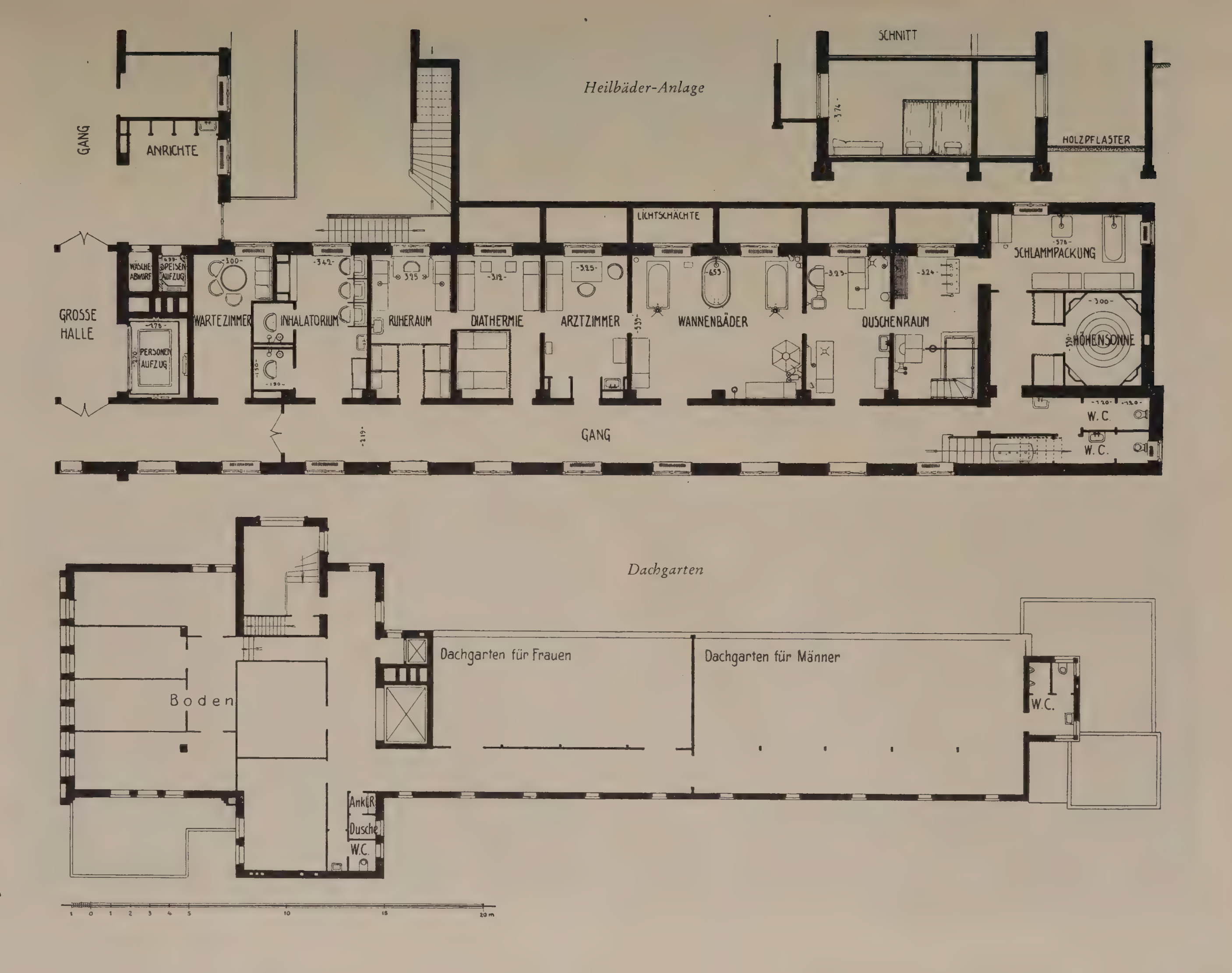
An der Haupteingangshalle im Sockelgeschoß befinden sich die Pforte mit der Telephonzentrale, das Wartezimmer und der sehr geräumige Aufzug für Kranke. Auf diese zentrale Eingangshalle münden ferner die drei Hauptflure: der Wirtschaftsgang mit den Verteilungsanrichten, den Speiseaufzügen und Vorratsräumen, der Flur, an dem sich die Verwaltungsräume und die Röntgenabteilung befinden, und der Flur des neuen Seitenflügels mit den medizinischen Bädern. Außerdem mündet hier auch das Haupttreppenhaus.

Im Haupt-, Ober- und Dachgeschoß des Neubaues liegen die eigentlichen Krankenabteilungen. Zu jeder Abteilung gehören außer den Krankenzimmern eine Anrichte, ein Schwesternzimmer, ein Bad, Toiletten, ein Ausgußraum, ein Raum für den Verbandwagen, für je zwei Abteilungen ein Tagesraum und ein Isolierzimmer. *Sämtliche Krankenzimmer* haben Sonnenlage, erhielten eingebaute Kleiderschränke und Waschbecken mit fließendem warmen und kalten Wasser. An Stelle der Fußleisten erhielten die Zimmer Sockel von Platten mit einer Hohlkehle, die in Höhe des Fußbodenbelags ausläuft, so daß Schmutzecken vermieden werden.

Die Fenster aller Krankenzimmer haben Glas, das die lebenswichtigen ultravioletten Lichtstrahlen durchläßt.

Neben der *Allgemeinbeleuchtung* der Krankenzimmer ist in dem gleichen Beleuchtungskörper eine vollständig indirekte Nachtbeleuchtung eingebaut.

Besonderer Wert ist auf die für ein Krankenhaus so bedeutungsvolle *Schallsicherheit* gelegt. Die Türen, die als Sperrholztüren mit dazwischenliegender Korkplatte konstruiert sind, schlagen gegen Gummi-


Heilbäder-Anlage
SCHNITT
HOLZPFLASTER
GANG
ANRICHTE
LICHTSCHÄCHTE
WÄSCHE ABWURF
SPEISEN AUFZUG
GROSSE HALLE
PERSONEN AUFZUG
WARTEZIMMER
INHALATORIUM
RUHERAUM
DIATHERMIE
ARZTZIMMER
WANNENBÄDER
DUSCHENRAUM
SCHLAMMPACKUNG
HÖHENSONNE
W.C.
W.C.
GANG
Dachgarten
Dachgarten für Frauen
Dachgarten für Männer
W.C.
Boden
Ankl.R
Dusche
W.C.
20 m




Krankenzimmer I. Klasse

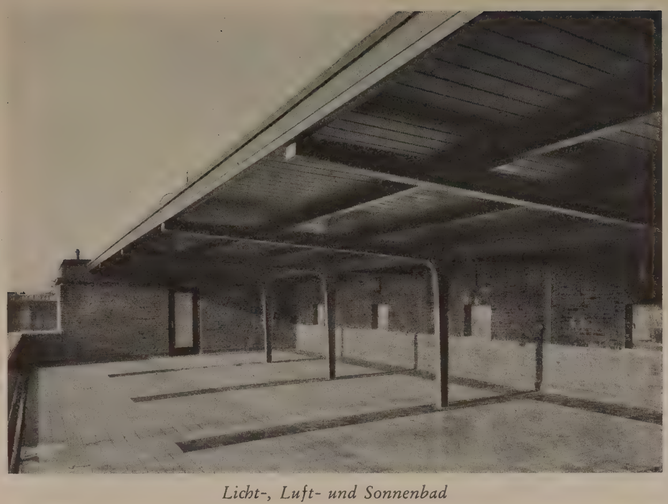
falze. Die Zwischenwände sind mit 12 mm starken Absorbitplatten versehen und gegen Decke und Fußboden mit Korsil isoliert. Die Decken selbst sind Massivdecken mit Hohlsteinen zwischen Eisenträgern. Über diesen ist zur Ausschaltung von Geräuschen eine Lage Schaumbeton aufgetragen, der mit Zementestrich abgedeckt ist. Auf diesem liegen Korkplatten und Linoleum.

Bei voller Wahrung der hygienischen Forderungen, die für ein Krankenhaus gelten, ist in jeder Hinsicht das Äußerste getan worden, dem Innern des Krankenhauses einen anheimelnden Charakter zu geben, um den Kranken das Fehlen von Familie und Heim möglichst wenig empfinden zu lassen.

Der Operationsflügel ist vom Krankenhaus vollständig abgeschlossen. Es sind vorhanden: ein Zimmer für Ärzte, zwei Vorbereitungsräume, zwei Operationssäle mit angrenzenden Waschräumen. Zwischen den beiden Operationssälen liegt der Sterilisationsraum mit der modernsten Einrichtung von der Firma F. & M. Lautenschläger G. m. b. H. in Berlin. Die Operationssäle sind in bezug auf Beleuchtung nach den Grundsätzen des Herrn Prof. Heller in Leipzig angelegt. Die Tagesbeleuchtung erfolgt nicht durch den früher üblichen Glasausbau, sondern durch große, bis zur Decke reichende Doppelfenster, die in ein Oberlicht übergehen. Zwischen den Doppelfenstern ist eine Röhrenheizung gegen Schweißwasser angebracht. Ebenfalls liegt hier die vertikale Verdunklungsanlage. Über dem Oberlicht läuft in dem begehbaren Zwischenraum der Doppeldecke, die über den Operationsräumen angeordnet ist, der Schlitten für die horizontale Verdunklung mit geräuschlosem Kettenantrieb. Die künstliche Beleuchtung erfolgt durch die Pantophos-Lampe von der Firma Zeiß in Jena, die schattenfreies Licht gibt. Die Notbeleuchtung besteht aus zwei Kugelspiegellampen an der Decke, die an die Akkumulatorenbatterie angeschlossen sind und sich bei Störung der elektrischen Hausleitung automatisch einschalten. Als Wandbekleidung sind lichtgrüne Platten gewählt, die keine lästigen Reflexe bilden.

Für die *Befehls- und Nachrichtenübermittlung* sowie für den Schwesternruf der Kranken sind verschiedene Schwachstromanlagen eingebaut, die in der Nutzanwendung der Bequemlichkeit der Patienten und den Bedürfnissen der Krankenhausverwaltung dienen. Die Fernsprechanlage besteht aus einer halbautomatischen Postzentrale mit Rückfrageverkehr, ausgebaut für vier Amtsleitungen (siehe Abb.), die nach den einzelnen Verwaltungsstellen sowie nach verschiedenen Krankenzimmern durchgestellt werden können. 31 der letzteren sind mit Telephonanschlußdosen versehen, an die auf Wunsch des Kranken ein Fernsprecher angeschlossen werden kann. Da die Postzentrale im allgemeinen für eine automatische Auswahl einer freien Amtsleitung bei abgehendem Verkehr eingerichtet ist, so ist für die letztbeschriebenen Fernsprecher diese Auswahl aufgehoben, und die Bedienungsperson hat zwecks Kontrolle zu vermitteln. In derselben Weise sind fünf Telephonzellen für Besucher vorgesehen. Für den Hausverkehr ist eine vollautomatische Hauszentrale mit 45 Apparaten eingebaut, die selbsttätig beim Aufziehen der Wählerscheiben die Gespräche innerhalb des Hauses vermittelt. Von diesem Verkehr ausgeschlossen sind die Fernsprecher der Krankenzimmer und Telephonzellen.

Neben der Kranken-Lichtrufanlage, die mit Klopfern ausgerüstet ist für die Hörbarmachung der Rufe bei Anwesenheit der Bedienungsschwester in einem Zimmer, ist eine Ärzte-Rufanlage eingebaut, deren Armaturen in geschmackvoller Weise mit den Uhren kombiniert sind. Ferner zeigt eine Melde-



Licht-, Luft- und Sonnenbad



Operationssaal



Entbindungszimmer



Baby-Zimmer



Telephonzentrale

anlage den jeweiligen Aufenthalt der leitenden Schwester an. Zu diesem Zwecke sind in den Anrichten Lichtzeichentableaux angebracht, gemäß Abbildung, an denen mittels Glühlampen der Aufenthalt kenntlich gemacht wird, indem die leitende Schwester in dem betr. Raume einen Schlüssel in besonders hierfür hergerichtete Kontakte steckt. Eine Klingelanlage von der Küche nach den einzelnen Anrichten vervollständigt die Schwachstromanlagen, die insgesamt von mehreren Akkumulatorenbatterien gespeist werden. Der gesamte Ausbau der Schwachstromanlagen ist von der Firma Siemens & Halske A.-G., Hamburg, ausgeführt worden.

Die *Heilbäderabteilung* im Untergeschoß umfaßt sämtliche Einrichtungen, die für eine moderne Therapie erforderlich sind. Sie enthält außer Warte- und Ruheraum ein *Inhalatorium*, das aus zwei Kabinen für Rauminhalation und drei Einzelinhalationstischen besteht. Das Hochdruck-Rotationsgebläse für 18 cbm angesaugte Luftmenge pro Stunde ist im Untergeschoß angebracht. Die Medikamente für die Inhalation werden den einzelnen Apparaten direkt an der Verbrauchsstelle zugesetzt.

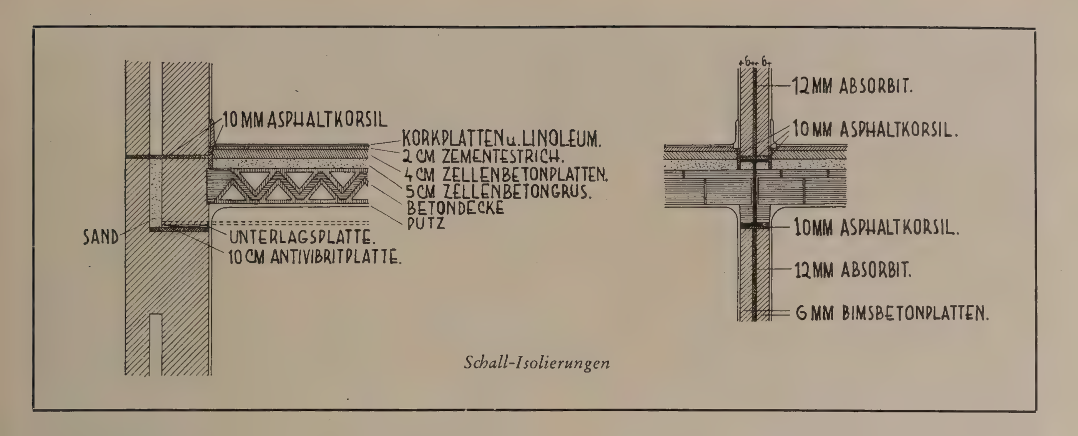
Der Fußboden besteht aus Solnhofener Platten, die Zwischen- und Rückwände aus Alabasterglas. Ferner enthält diese Abteilung einen Diathermieraum mit Vorrichtung für elektrische Massage und einen Bogenlichtscheinwerfer, einen Raum für Sauerstoff-, Kohlensäure-, elektrisches Vollbad und elektrisches Zeltlichtbad, einen Duscheraum mit Duschekatheder, Sitzduscheneinrichtung, Fußbad, Massagebänke, ein Vollbad mit Badestuhl und Hebevorrichtung zum Hineinlassen von Schwerkranken, einen Raum für Pistyanschlammpackungen mit Liegebett und Reinigungsduschen und einen Raum für Höhensonne. Dieser Raum enthält vier Jesionek-Lampen sowie vier Sollux-Lampen. Besonderer Wert ist auf die Beheizung und Lüftung dieses Raumes gelegt.

Das Arztzimmer liegt in der Mitte dieser Abteilung, so daß der leitende Arzt alle Behandlungen gut überwachen kann.

Da die Sonne ein besonderer Heilfaktor ist, so ist auf dem Dache des neuen Seitenflügels ein großes *Sonnenbad* mit zwei Abteilungen angelegt worden. Außerdem befindet sich über dem Operationsgebäude eine große Terrasse, die bequem 30 Patienten den



Ärzte-Rufanlage



Schall-Isolierungen

Aufenthalt in der Sonne und frischen Luft ermöglicht.

Für *die Beheizung* ist eine Pumpenwarmwasserheizung vorgesehen. Die Kesselanlage besteht aus vier gußeisernen Kesseln, wovon zwei auf die Warmwasserheizung und zwei Niederdruckdampfkessel für die Übergangsheizung in den Operationssälen und zur Bereitung des warmen Wassers entfallen. Außerdem wird von diesen Dampfkesseln Niederdruckdampf für Sterilisationszwecke und Wärmeplatten geliefert. Zur Verbrennung von Verbandstoff und Operationsresten ist ein Verbrennungsofen aufgestellt, der außer dem Verbrennungsraum eine Nebenfeuerung enthält, in der auch die abziehenden Gase vollständig verzehrt werden. Diese mustergültige Anlage lieferte die Firma Rud. Otto Meyer in Hamburg.

Der Erweiterungsbau ermöglicht die Aufnahme von 200 Kranken. Die ärztliche Behandlung liegt, soweit es sich um Hauspatienten handelt, in der Hand von Oberärzten. Daneben wird das Prinzip der freien Arztwahl aufrecht erhalten. Die Pflege versehen Diakonissen, die ihre Ausbildung im Krankenhause, das eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule ist, erhalten.

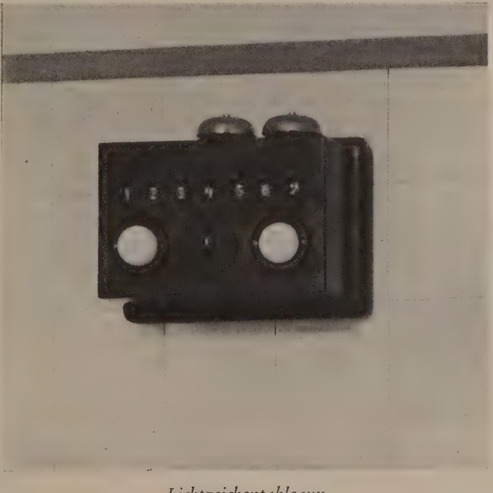
Das Krankenhaus hat eine innere *medizinische*, eine *chirurgische*, eine *geburtshilflich-gynäkologische* und eine *physikalisch-hydrotherapeutische Abteilung*, außerdem eine mit den neuesten Apparaten versehene *Röntgenabteilung* und ein *Laboratorium*.

Die beiden *geburtshilflichen Abteilungen* befinden sich im Gartenflügel des Altbaues. Jede Abteilung hat ein geräumiges Entbindungszimmer, einen Vorbereitungsraum und ein Säuglingszimmer. Sämtliche Zimmer haben eingebaute Waschtische mit fließendem warmen und kalten Wasser und sind mit freundlich anmutenden Farben gestrichen.

Durch den Erweiterungsbau hat das Krankenhaus zu den fünf vorhandenen Sälen, in denen sechs bis acht Betten Platz haben, noch eine Anzahl Zimmer mit zwei und drei Betten erhalten, so daß die Schwerkranken der 3. Klasse das Vorrecht haben, in kleinere Zimmer gelegt zu werden.

Das Krankenhaus Bethanien hält auch nach seiner Modernisierung an dem Grundsatz fest:

„Das Heil der Kranken ist das höchste Gesetz."



Lichtzeichentableaux

DAS DIAKONISSEN- UND KRANKENHAUS BETHESDA, BURGSTRASSE 39

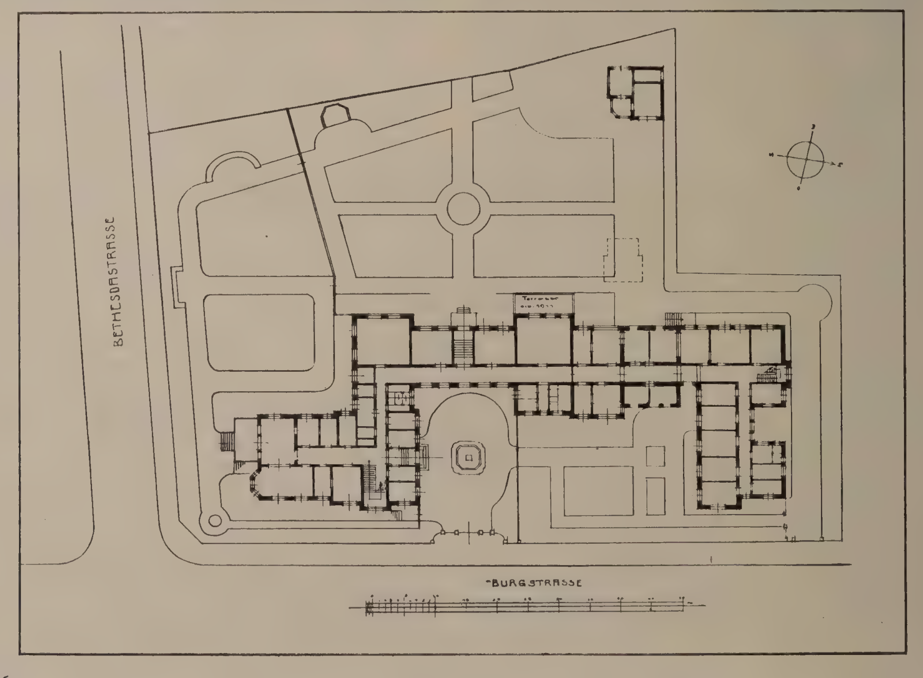
VON OBERARZT DR. ERNST JENTZ

DAS im Jahre 1856 von *Elise Averdieck* begründete und anfänglich in einem Hause in St. Georg untergebrachte Krankenhaus Bethesda liegt seit 1887 an der Grenze der Vororte Borgfelde und Hamm in der Burgstraße. Die 1885/86 erbauten Gebäude wurden durch den 1906 errichteten, für die Aufnahme von Privatpatienten bestimmten Neubau erweitert, und der 1926 neuerbaute Mittelbau hat die Aufnahmefähigkeit abermals vergrößert.

Die in die südöstlichen Bezirke Hamburgs vorgeschobene Lage weist ihm einen großen Teil der der Krankenhausaufnahme bedürftigen Kranken der Stadtteile Borgfelde, Hamm, Horn, Schiffbek, Hohenfelde und Eilbeck zu, und so erweist es seine Daseinsberechtigung nicht allein in der schnellen Versorgung der in diesen Stadtteilen vorkommenden Unfälle, sondern es hat sich darüber hinaus zu einem unentbehrlichen Faktor im Krankenhauswesen der Stadt entwickelt, insofern es als kleineres Krankenhaus mit der in einem solchen ermöglichten individuellen Einstellung gegenüber dem Großbetrieb der staatlichen Krankenanstalten von manchen Teilen der Bevölkerung bevorzugt wird. Das beweisen seine dauernd guten Belegungszahlen.

Somit ist es auch in der Lage, neben der Besorgung seiner Kranken im Dienste christlicher Barmherzigkeit, dem zweiten Teil seiner Zweckbestimmung, der Ausbildung von Diakonissen und der Unterweisung von Schülerinnen in der Krankenpflege, voll gerecht zu werden; es entläßt alljährlich als staatlich berechtigte Krankenpflegeschule eine Zahl von praktisch und theoretisch vollwertig ausgebildeten Schwestern in die Fürsorgetätigkeit in den Gemeinden oder zu weiterer Tätigkeit auf den eigenen Stationen.

Die Zahl der Betten ist seit 1901 von 80 auf 130 gestiegen. Sie verteilen sich auf die größere chirurgische (80) und die kleinere innere (50) Station, von der Geisteskrankheiten, Infektions- und venerische Krankheiten ausgeschlossen sind. Daneben werden Frauen zum Zwecke ihrer Entbindung, aber nur auf den Privatstationen, aufgenommen. Aus den Zeiten





Zimmer 3a-Klasse im neuen Mittelbau Bethesda

der Not, als schwierige Wohnungs-, Heizungs- und Lichtverhältnisse die Entbindung in der Wohnung aufs äußerste erschwerten, hat Bethesdas Entbindungsstation seine Beliebtheit bei den bessergestellten Bevölkerungsschichten bewahrt. Neben der III. Klasse mit ihren Räumlichkeiten in älteren Gebäuden und der I. und II. Klasse in den Zimmern der 1906 erbauten Privatstation hat Bethesda für minderbemittelte Kranke der gebildeten Schichten im Jahre 1923 eine IIIa-Klasse eingerichtet und damit einem dringenden Bedürfnis der Zeitumstände Genüge getan. Die Patienten dieser Klasse werden gegen einen geringen Aufschlag auf den Tagessatz der III. Klasse (z. Z. Rm. 7.20 zu 6.30 in der III. Klasse) bei der einfachen, aber guten Verpflegung dieser Klasse statt in den größeren Sälen in kleineren, 2—4 Betten enthaltenden Zimmern untergebracht und genießen den Vorzug häufigerer und längerer Besuchszeiten. Die innere Station der I. und II. Klasse ist insofern eine offene, als ihre Patienten auch von den sie einweisenden Ärzten weiterbehandelt werden können, wodurch der Konnex der praktischen Ärzte mit dem Krankenhaus gefestigt wird.

Zur ambulanten Behandlung sind nur solche Kranke zugelassen, die zur Diathermie- oder Höhensonnenbestrahlung eingewiesen werden. Auch kleinere Operationen und Röntgenuntersuchungen werden an ambulanten Kranken von den sie behandelnden Ärzten vorgenommen.

Die Schwesternschaft von Bethesda bestand bis 1905 aus Diakonissen (im Jahre 1901 16 Schwestern) des Kaiserswerther Mutterhauses. Heute bildet Bethesda als selbständiges Mutterhaus seine Schwestern als Diakonissen aus und beschäftigt zur Zeit 60 Schwestern unter der Leitung der Frau Oberin *Antoinette Vaupel.* 45 Schwestern arbeiten in Bethesda selbst, 3 in dem in Horn gelegenen Siechenhaus Salem (es beherbergt durchschnittlich etwa 70 Sieche), das Bethesda verwaltungstechnisch angegliedert ist und untersteht, und 12 Gemeindeschwestern sind in der Diakoniearbeit auf 9 Außenstationen (Borgfelde, Hamm, Rothenburgsort, Bergedorf, Nienstedten, Veddel, Finkenwärder, Lübeck, Wyk a. Föhr) tätig; sie übernehmen Nachtwachen, verabreichen Spritzen und Medikamente, besuchen Alte und Sieche, leiten Jugend- und Mädchenbünde, Kindergottesdienste u. a. m.

Die Altersversorgung der Bethesda-Diakonissen

ist seit 1925 in Anlehnung an die diesbezüglichen Satzungen des Schwesternvereins der staatlichen Krankenanstalten, nach Dienstjahren abgestuft, in auskömmlicher Weise geregelt.

22 Hausangestellte sind im Wirtschaftsbetrieb und auf den Stationen beschäftigt.

In den Sommermonaten unterhält Bethesda, unter der Leitung einer seiner Schwestern, ein Strandhaus in Niendorf an der Ostsee, das als Erholungsheim für seine Schwestern dient, daneben aber auch fremde Gäste aufnimmt und beispielsweise im Sommer 1926 1518 Verpflegungstage aufwies (33 Schwestern und 119 Gäste).

Die Verwaltung Bethesdas und die Entscheidung in allen lebenswichtigen Fragen untersteht einem Vorstand von 17 Mitgliedern.

Die ärztliche Leitung liegt in den Händen dreier Oberärzte, von denen einer die chirurgische, einer die innere Abteilung leitet, während dem dritten die Behandlung derjenigen Patienten der inneren Privat- und Wöchnerinnen-Abteilung obliegt, die nicht von ihrem einweisenden Arzt weiterversorgt werden. Ferner ist ein im Krankenhaus wohnender Assistenzarzt vollamtlich fest angestellt.

Die medizinischen Einrichtungen haben in den letzten Jahren manche Neuerung erfahren und dürften allen neuzeitlichen Anforderungen genügen. Dem Chirurgen stehen zwei große, helle (Oberlicht) Operationsräume mit je einem Vorbereitungs- und Narkoseraum, elektrischen Sterilisationskochern und einem Trockensterilisator (im Keller) zur Verfügung. Eine modern eingerichtete Röntgenapparatur wird von ausgebildeten Schwestern bedient, ebenso die Diathermie- und Höhensonneneinrichtung. Laboratorium und ein Raum für Sektionen (dem im Garten gelegenen Leichenhaus angegliedert) ermöglichen die diesbezüglichen Arbeiten.

Die schweren Schäden der Kriegs- und Inflationszeit hatten auch Bethesda an den Rand der Daseinsmöglichkeit gebracht. In den seit 1923 vergangenen kurzen vier Jahren hat Bethesda einen Aufschwung erlebt und eine Lebenskraft bewiesen, die es erst wieder in den Stand gesetzt haben, unbeschwert von allen Hemmnissen als selbständiges Krankenhaus den Zwecken und Zielen seiner Gründung gerecht zu werden. Eine durchgreifende Neuorganisation der wirtschaftlichen Verwaltung und des Kassenwesens schufen die Grundlagen zu neuem Aufbau. Nachdem in den ersten Jahren die gröbsten baulichen Schäden beseitigt und eine gründliche Überholung der gesamten Heizungsanlage (Niederdruckdampfheizung im Keller) und Neueinbau einer kupfernen, modern isolierten Rohrleitung, sowie die Neuanlage der gesamten, bis dahin nur provisorischen elektrischen Lichtanlage mit etwa 200 Brennstellen, ferner der Neuanstrich aller Innenräume durchgeführt war, wurde alsbald damit begonnen, im Alt- und Neubau modernen Anforderungen zu ihrem Recht zu verhelfen; als solche seien genannt: Doppelfenster und -türen, Waschbecken mit fließendem Kalt- (in den Kostgängerzimmern auch Warm-) Wasser, Linoleumbelag in allen Krankenräumen, zweckmäßiger Neubau der Abort- und Baderäume mit neuzeitlichen Entlüftungsanlagen, Ergänzung des Mobiliars, besonders in den Kostgängerzimmern, sowie mancherlei medizinischer Einrichtungen (Oberlicht über beiden Operationssälen, elektrische Sterilisationskocher, Narkose- und Diathermie-Apparat und Ergänzung der teilweise veralteten Röntgeneinrichtungen, Laboratoriumsapparatur und Instrumentarium). Schließlich erhielt Bethesda einen wesentlichen Zuwachs seiner Bettenzahl und somit seiner Leistungsfähigkeit durch den 1926 an Stelle des Verbindungsganges zwischen Alt- und Neubau erbauten sog. Mittelbau, der in zwei Stockwerken beiderseits des Flurganges, außer den Nebenräumen, vier große, helle Zimmer, die je drei bis vier IIIa-Betten aufnehmen können, sowie ein geschmackvoll eingerichtetes Wartezimmer für Angehörige und Kranke (unten) und ein Zimmer für den Medizinalpraktikanten (oben) enthält.

Alle diese Neuerungen konnten im Laufe von vier Jahren, ohne wesentliche Inanspruchnahme von Krediten, aus eigenem Leistungsvermögen geschaffen werden, ein Beweis einmal für die gesund fundierte, energische Finanzpolitik des Vorstandes, zum andern für die Daseinsberechtigung und Lebensfähigkeit eines kleineren allgemeinnützigen Krankenhauses, eine Erklärung aber auch für die steigende Beliebtheit und Inanspruchnahme Bethesdas bei allen Schichten der Bevölkerung, nicht allein in den eng benachbarten Vororten.

Um den Aufschwung Bethesdas seit der Jahrhundertwende und nach Belegung der beiden Erweiterungsbauten in den Jahren 1906 und 1926 deutlich zu machen, seien folgende Zahlen gegenübergestellt:

	Krankenzahl	Verpflegungstage	Durchschnittliche Belegung
1900	557	21 755	60
1926	1418	31 632	87
1927	1803	35 596	98

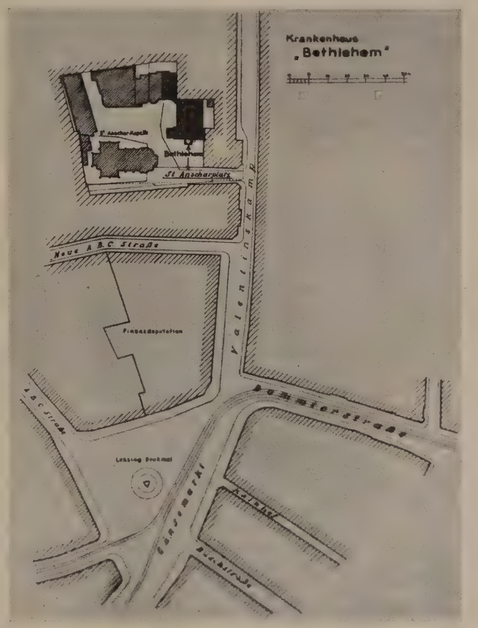
Man errechnet aus dieser Gegenüberstellung, daß die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der einzelnen Patienten nach Tagen von 1900 zu 1927 sich verhält wie 31,1 zu 19,7, ein Punkt, der Berücksichtigung verdient angesichts des Interesses der Kassen an einem recht kurzen Krankenhausaufenthalt ihrer Mitglieder.

DIAKONISSENKRANKENHAUS BETHLEHEM

VON DR. KOOPMANN, LEITENDEM ARZT

DAS Krankenhaus Bethlehem nimmt unter den Hamburgischen Privatkrankenanstalten eine Sonderstellung ein dadurch, daß es das einzige Krankenhaus innerhalb der alten Umwallung der Stadt ist, sodann dadurch, daß es nicht zu dem Zweck, als Krankenhaus, sondern zu dem Zweck, als Diakonissenmutterhaus und Gemeindehaus zu dienen, erbaut wurde; schließlich dadurch, daß es als einzige Kranken-Anstalt Hamburgs dem Kaiserswerther Verband angeschlossen ist.

Die heutige Krankenabteilung Bethlehems ist allmählich entstanden aus einer Altmütter- und Kinderstation mit etwa 20 bis 30 Betten zu einer Station für Frauen, Kinder und Männer mit 70 Betten in einem unmodernen (Ofenheizung) und oft für Pfleglinge und Pflegepersonen beschwerlichen Rahmen mit modernem klinischen Betrieb, dessen Erfolge sich mit den Erfolgen auch äußerlich moderner Krankenanstalten messen können. Diese Entwicklung der Krankenabteilung Bethlehems ist in erster Linie Dr. *Ad. Arning* zu danken, in dessen Händen die Leitung derselben von 1903 bis 1918 lag, dann aber auch der jeweiligen geistlichen Leitung des Mutterhauses, die in verständnisvoller Weise auf Arnings Ausbauarbeit einging, soweit es bei den beschränkten Raumverhältnissen möglich war. Das Krankenhaus Bethlehem hat heute eine chirurgische Abteilung, eine innere Abteilung und eine Kinderabteilung. Den Abteilungsärzten steht ein Assistenzarzt zur Seite. Der Kinderabteilung angeschlossen ist eine Milchküche, die Kindermilch auch nach außerhalb des Hauses liefert. Von Bethlehemschwestern mit versorgt wird eine Poliklinik, die, in ihrer Art sicher sehr selten, in den unteren Räumen einer Kirche, der Anscharkapelle, untergebracht ist. (Chirurgie, Kinder und Gynäkologie.)



Gründer des Diakonissenhauses ist Pastor *Ninck*, gestorben 1887; erste Oberin war Fräulein *Wappäus*, gestorben 1906; jetzige Hauseltern sind Pastor *Max Glage* und Oberin *Johanna West.*



Kinderzimmer



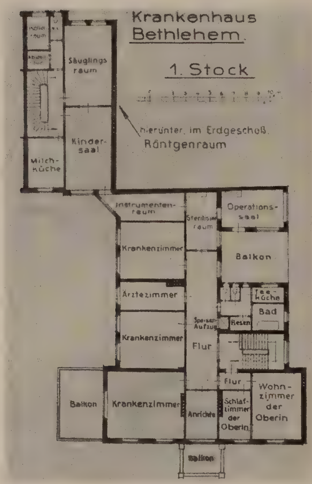
Säuglingszimmer



Saal



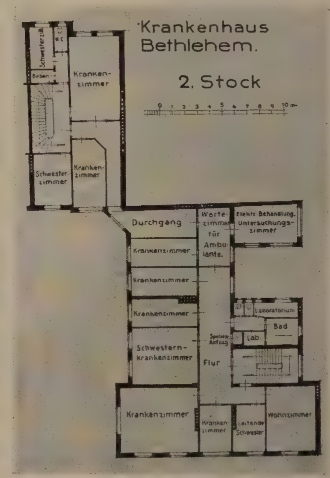
Milchküche



Grundriß



Klassenzimmer



Grundriß



Operationszimmer



Poliklinik

KRANKENHAUS UND DIAKONISSENHEIM EBENEZER

VON DIREKTOR WETSCHEDEL

DAS *Diakonissenheim Ebenezer in Hamburg* wurde im Jahre 1888 als Tochteranstalt des Diakonissenmutterhauses Bethesda zu Elberfeld gegründet. Nach ihren Satzungen ist der Zweck dieser Anstalt die Ausbildung frommer weiblicher Personen zur christlichen Liebestätigkeit, die von den Diakonissen ohne Unterschied des Glaubensbekenntnisses und des Standes zur Förderung des allgemeinen Wohles ausgerichtet wird. Aus bescheidenen Anfängen heraus hat sich das Werk zu seinem jetzigen Umfang entwickelt. Während der Cholera-Epidemie im Jahre 1892 übten bereits 18 Ebenezer-Diakonissen ihren Samariterdienst aus. Im gleichen Jahre wurde das Haus Ritterstraße 129 erworben, zu dem man später das angrenzende Gebäude Nr. 131 hinzukaufte. In diesen beiden Häusern wurde das Diakonissenheim und außerdem eine Frauenklinik mit 15 Betten eingerichtet. Seit der Verlegung der Klinik und des Diakonissenheims im Jahre 1911 dient das Anwesen als *Altersheim Ebenezer*, das älteren, ruhe- und pflegebedürftigen Damen ein angenehmes Heim bietet. Die 14 Hausgenossen bilden eine Familie unter der Fürsorge von drei Diakonissen.

Das heutige *Krankenhaus und Diakonissenheim Ebenezer* liegt im Stadtteil Barmbeck, Friedrichsberger Straße 53. Es wurde in den Jahren 1910/11 auf einem vom Staate Hamburg in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellten Platz erbaut. Das stattliche Haus bietet Raum für 75 Patienten. Es ist von einem ausgedehnten Garten umgeben. Im Untergeschoß des Hauptgebäudes sind außer dem Speisesaal für die Diakonissen die erforderlichen Wirtschaftsräume, Heizung und Küchenanlage eingeordnet. Das Erdgeschoß enthält die Verwaltung, ein Arztzimmer, die Operationsabteilung mit Räumen für Höhensonne und Solluxbestrahlung, für Diathermie und Röntgenbestrahlung, und außerdem einen Krankenflügel. Im 1. und 2. Obergeschoß sind Krankenzimmer mit ein, zwei und mehr Betten. Die beiden größten Räume enthalten je neun Betten. Die Zimmer sind nach dem Korridorsystem angeordnet und gegen Süden gelegen. Die Flurfenster schauen gegen Norden und ebenso die Fenster der Teeküchen, Badezimmer usw. Das ausgebaute Dachgeschoß dient als Wohnung für die Diakonissen. Auf dem Dach des Hauses befindet sich ein Luft- und Sonnenbad. Auch haben die Patienten schöne Gelegenheiten zur Freiluftkur auf Balkonen oder in den Gartenanlagen. Ein größerer Andachtsraum befindet sich im 1. Obergeschoß; hier werden Andachtsstunden der Schwesterngemeinde und gelegentliche Feiern mit den Kranken abgehalten. In einem Nebenhaus sind Wohnungen für den Assistenzarzt und den Hauswart. Das Anwesen wurde seinerzeit nach den neuesten Erfahrungen im Krankenhausbau errichtet, und die Verwaltung ist dauernd bemüht, mit den wachsenden Anforderungen auf diesem Gebiete Schritt zu halten.

Die ärztliche Leitung liegt in den Händen zweier Oberärzte, von denen der eine Frauenkrankheiten und Geburtshilfe und der andere die Chirurgie vertritt. Diakonisse Lydia Bossard steht seit über 30 Jahren dem Hause vor. Eng verknüpft mit der Entwicklung Ebenezers ist der Name des verdienten Frauenarztes Dr. Spaeth. Schon in der Ritterstraße leitete er die kleine Frauenklinik und baute im neuen Heim die Frauenabteilung und Wöchnerinnenstation weiter aus. Demgemäß findet gerade diese Abteilung noch heute den stärksten Zuspruch. Ihr gliedern sich die Abteilungen für männliche Patienten und Kinder an. Die Krankenräume, namentlich die der 1. und 2. Klasse, stehen allen Ärzten Hamburgs zur Verfügung, soweit die Betten nicht durch die Oberärzte und die übrigen Ebenezerärzte belegt sind. Im Jahre 1927 betrug die Zahl der Verpflegten 1182, die sich wie folgt verteilen:

Chirurgische und gynäkol. Krankheiten	869
Innere Krankheiten	28
Augen-, Ohren-, Nasen- u. Halskrankheiten	23
Wöchnerinnen mit Säuglingen	262

Ein beträchtlicher Teil dieser Patienten gehörte Krankenkassen an. Die Zahl der Pflegetage belief sich auf 17 507.

Durch Bescheid vom 27. November 1905 wurde dem Diakonissenheim Ebenezer von einem Hohen Senat der Charakter einer rechtsfähigen Stiftung verliehen.

Das Diakonissenheim Ebenezer zählt zur Zeit 50 Schwestern, die außer dem Pflegedienst im eigenen Krankenhause sich auch in der Privatpflege betätigen. Zwei Gemeindeschwestern widmen sich vorwiegend der Armenpflege und der Betreuung der Jugend. Die Diakonissen arbeiten ohne irdischen Lohn. Von der Liebe Jesu Christi ergriffen, ist es ihres Lebens Glück, andere glücklich zu machen und Licht, Trost und Hilfe hineinzutragen in die Nöte des menschlichen Lebens. So ist das Krankenhaus und Diakonissenheim Ebenezer bemüht, dem öffentlichen Wohle unserer Stadt nach besten Kräften zu dienen, getreu der alten biblischen Losung: „Lasset uns aber Gutes tun und nicht müde werden!“



Gesamtansicht



Tagesraum



Operationssaal



Krankenzimmer

DAS KRANKENHAUS ELIM IN HAMBURG-EIMSBÜTTEL, HOHEWEIDE 17

VON DIREKTOR HEITMÜLLER

DAS Krankenhaus Elim wurde am 1. Januar 1927 in Betrieb genommen. Es hat Raum für etwa 200 Betten. Sämtliche Krankenzimmer erhalten Sonne und können gut durchlüftet werden. Durch die Art des Baues (Winkelform) ist ein großer abgeschlossener Hintergarten mit altem Baumbestand erhalten geblieben.

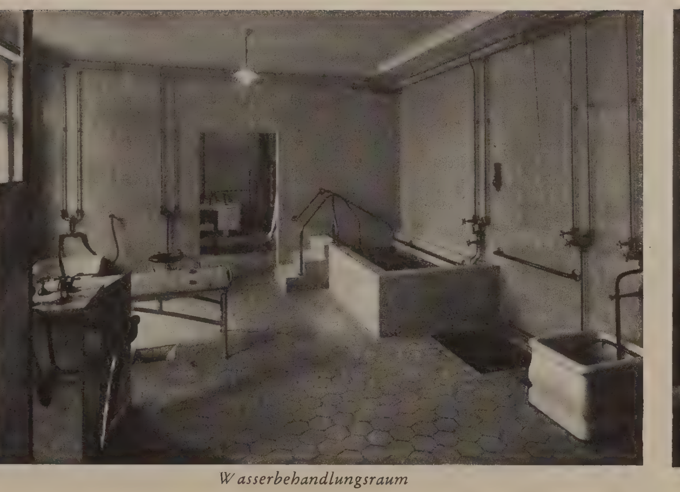
Der Grundriß des Gebäudes sucht den mannigfachen Erfordernissen, die an ein neuzeitliches Krankenhaus gestellt werden, gerecht zu werden. Auch die Art der Konstruktion ist diesem Gesichtspunkt in allen Teilen unterstellt. Weil neben der Hygiene die Schallsicherheit im Krankenhaus eine bedeutende Rolle spielt, wurden Hohlsteindecken gewählt, die mit einem drei Zentimeter starken Korkestrich und sieben Millimeter starkem Korklinoleum belegt sind. Die Kreißsäle und Säuglingszimmer wurden außerdem noch durch doppelte Decken isoliert. Die Teilungswände zwischen den Krankenzimmern wurden als doppelte Wände aus Schwemmstein und dazwischen liegender Preßkorkschicht hergestellt. Die Fenster aller Krankenhausräume und Flure wurden als Doppelfenster ausgebildet, um Schädigungen, die durch Zug, Schall und lästige Geräusche verursacht werden, fernzuhalten. Um den Lichteinfall in den dunklen Monaten nicht zu beeinträchtigen, ist auf die Sprossenteilung der Fenster verzichtet. Die beiden oberen Scheiben der Doppelfenster sind als Kippflügel, mit einer sehr gut funktionierenden Handhabe versehen, ausgebildet, so daß eine bequeme Lüftung der Räume gewährleistet ist.

Die Krankenzimmer erhielten eingebaute Kleiderschränke und Waschbecken mit kaltem und warmem fließenden Wasser. Hinter dem Waschbecken wurde ein Schild von weißen Wandplatten angeordnet. An Stelle von Fußleisten erhielten sämtliche Räume einen Sockel von Mettlacher Platten mit ausgerundeter Kehle, die in Höhe des Fußbodenbelags ausläuft, so daß gefährliche Schmutzwinkel vermieden werden. Alle Wände und Fußböden der Toiletten, der Baderäume, der Operationssäle, Heilbäder und Wirtschaftsräume des Kellers haben farbige Majolikaplatten. Die gesamten Zimmer- und Flurwände des Hauses sind in zarten Farben (Ölfarbe und Salubratapete) getönt, so daß das ganze Krankenhaus einen farbenfreudigen Eindruck macht.

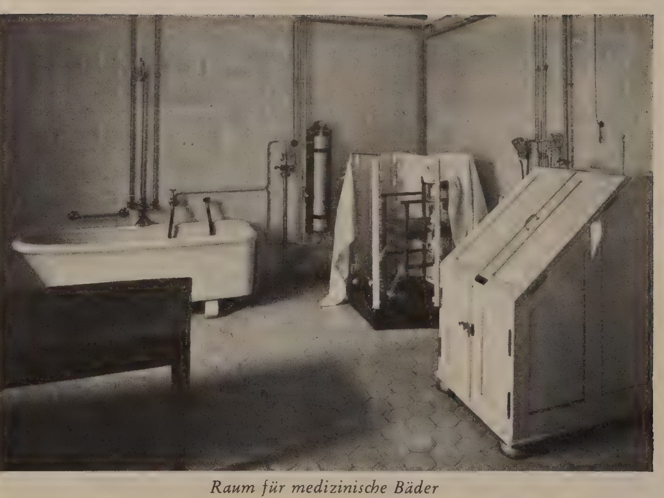
Bei der Projektierung des Krankenhauses wurde von vornherein die Anwendung der physikalischen Heilmittel in Aussicht genommen, und zwar in einer Weise, wie sie bisher in mittleren Krankenhäusern nicht zur Ausführung gekommen ist. Es sind vorhanden je ein Raum für *Wasserbehandlung* (schottische Wechseldusche, kalte Strahldusche, Dampfstrahldusche, temperierbare Brause, temperierbare Regenbrause, Brust- und Rückendusche und kalte Regenbrause, Manteldusche, fließendes Fußbad, Fußtretbad, Sitzduscheneinrichtung usw.); *medizinische Bäder* (Dampfschwitz- und Heißluftbadkasten für Dampfheizung, elektrisches Zeltlichtbad, Kohlensäurebad, Sauerstoffbad, Schwefel-, Sol- und Moorbäder, Fangopackungen usw.); *elektrische Bäder* (Vierzellenbad, elektrisches Vollbad, fünf elektrische Heißluftapparate, Höhensonne, Solluxlampe, Schonungslichtbad, Teillichtbäder, Diathermieapparate usw.); erwähnt sei noch die *Massageeinrichtung* und der *Gymnastikraum.* Im Dachgeschoß ist nach der Sonnenseite zum Garten hin ein 25 Meter langes und 5 Meter breites *Licht-, Luft- und Sonnenbad* eingerichtet, das halb offen und halb verdeckt ist.



Lichtsignal-Rufanlage mit elektrischer Uhr



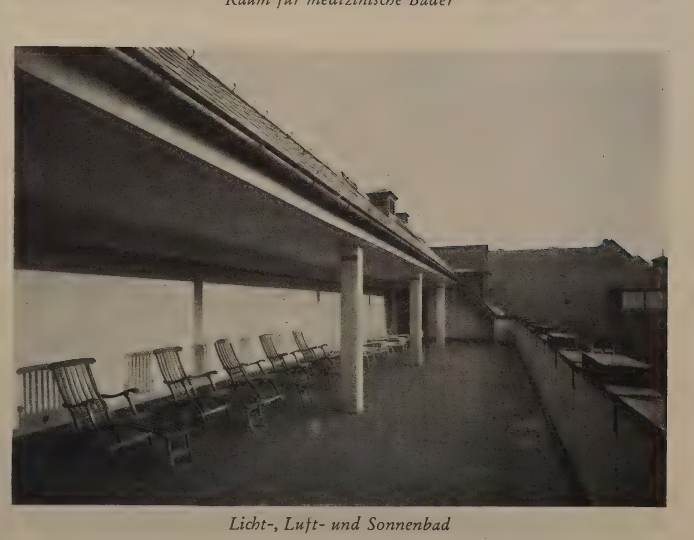
Wasserbehandlungsraum



Raum für medizinische Bäder



Elektrisches Vierzellenbad und elektrisches Vollbad



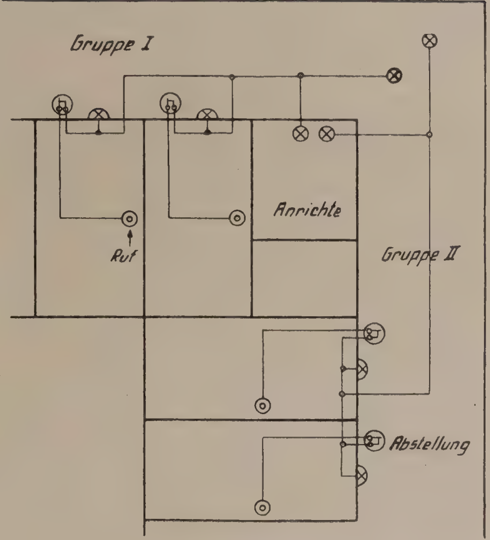
Licht-, Luft- und Sonnenbad

Die Fernsprech-, Lichtsignal-, Ruf-, Uhren- und Klingelanlage, die als Gesamtobjekt von der Firma Siemens & Halske, Hamburg, installiert wurde, regelt einen fast geräuschlosen Verkehr im ganzen Krankenhause. Die *Fernsprechanlage* ist für den Postverkehr mit drei Amtsleitungen als halbautomatische Anlage vorgesehen und hat Rückfrageverkehr und eine vollautomatische Hauszentrale mit 42 Apparaten.

Die Lichtsignal-Rufanlage ist eingerichtet, um die verantwortlichen bzw. diensthabenden Persönlichkeiten schnell erreichen zu können. Drei verschieden gefärbte Lampen sind in jedem Stockwerkflügel in Verbindung mit den elektrischen Uhren (vgl. Abb.) vorgesehen. Die Betätigung dieser Rufanlage erfolgt von der Telephonzentrale aus; die gerufene Persönlichkeit meldet sich vom nächsten Fernsprecher aus. Mittels der drei Ruflampen können insgesamt sechs Personen gerufen werden, indem für drei Personen ein Dauerlicht erscheint und für die weiteren drei dieselben Farben als flackerndes Licht benutzt werden. Die Lichtsignalanlage für die Krankenzimmer dient zur Herbeirufung der Krankenschwestern durch die Patienten selbst. Die Rufkontakte sind in allen Krankenzimmern so angeordnet, daß sie von jedem Patienten vom Bett aus bedient werden können. Die Abstellung eines Rufes erfolgt von der Schwester mittels eines Abstellknopfes an der betreffenden Zimmertür. (Siehe Schema.)

Zur Erzielung einer überall gleichen Uhrzeit werden 28 Nebenuhren von einer Hauptuhr betrieben, die mit einem elektrischen Aufzug versehen ist.

Das Krankenhaus enthält je eine Station für Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Zahnheilkunde und Röntgenologie.



Der ärztliche Dienst ist derartig geregelt, daß an der Spitze der einzelnen Krankenabteilungen mit selbständiger Verantwortung in allen Fragen der Krankenbehandlung die leitenden Oberärzte stehen. Im Gegensatz zu den Privatkliniken und den übrigen Privatkrankenhäusern in Hamburg besteht im Krankenhause Elim das System der freien Arztwahl nicht.

Jeder Kranke in der dritten Klasse wird nach den Sätzen der allgemeinen Staatskrankenanstalten verpflegt. Er hat also außer dem Kostgeld weder für die Verpflegung noch für ärztliche Behandlung, Medikamente usw. Zuzahlungen zu leisten.

KRANKENHAUS UND KLINIK DES DIAKONISSENVEREINS „SILOAH" E.V.

VON H. FEHR

Die Privatkranken- und Privatentbindungsanstalt „Siloah" in Eimsbüttel, Am Weiher 7, ist Unternehmen des Diakonissenvereins „Siloah" E. V., Hamburg, Tornquiststr. 50, gegründet 1907, der mit seiner Schwesternschaft zur Baptistengemeinde gehört. Das Krankenhaus wurde am 6. März 1927 in Betrieb genommen. Für die Krankenanstalt sind 63 Betten, für die Entbindungsanstalt 20 Betten bestimmt. Das Krankenhaus hat einen Arzt für innere Krankheiten, der gleichzeitig Chefarzt ist, einen Chirurgen und einen Gynäkologen. Außerdem ist die Einrichtung getroffen, daß Ärzte ihre Patienten selbst im Krankenhaus behandeln können. Ein Röntgeninstitut ist mit dem Hause verbunden.

Das Mädchenheim „Siloah", Alexanderstraße 25, ist Eigentum des Diakonissenvereins „Siloah" E. V., Tornquiststraße 50. Mit seinen 20 Betten will es durchreisenden und arbeitslosen Mädchen und Frauen eine freundliche, mütterliche Heimat für Leib und Seele bieten.

DIAKONISSEN- UND KRANKENHAUS JERUSALEM

VON PASTOR DR. A. FRANK, LEITER DER ANSTALT, UND ALBERTINE VON CÖLLN, OBERIN DER ANSTALT

DAS Diakonissen- und Krankenhaus „Jerusalem" E. V., am Moorkamp und der Schäferkampsallee gelegen, wurde im Jahre 1913 in Verbindung mit der Jerusalemkirche gegründet. Das Haus hat einen leitenden Oberarzt, der Chirurg ist, einen medizinischen Oberarzt, einen Lehrer der Krankenpflegeschule und eine in der Anstalt wohnende Hausärztin. Es ist jedoch auch den verschiedenen Ärzten der Stadt Möglichkeit gegeben, ihre Privatpatienten hier selbst zu behandeln. Die Zahl der im Jahre 1927 in der Anstalt praktizierenden Ärzte betrug 141.

Die Anstalt, die ursprünglich nur zur Unterbringung von 50 bis 60 Kranken bestimmt war, mußte im Frühling 1926 durch einen größeren Anbau, der sich flügelartig an das Haupthaus ansetzt, erweitert werden. Jetzt kann das Krankenhaus in seinen geräumigen Zimmern 110 Kranke aufnehmen. Bei Errichtung der Anstalt war man von vornherein bestrebt, alles typisch Krankenhausmäßige nach Möglichkeit auszuschalten. Es wurden behagliche, wohnliche Krankenzimmer geschaffen, und man war namentlich darauf bedacht, auch den Kranken 3. Klasse kleinere Räume, mit nur vier bis sechs Betten, einzurichten.

Im Erdgeschoß sind die Warte-, Aufnahme- und Verwaltungsräume untergebracht. Angrenzend, doch durch einen geschlossenen Korridor getrennt, befindet sich die Operationsabteilung mit drei sehr gut ausgestatteten Operationssälen und den dazu gehörigen Nebenräumen. Die Operationssäle weisen die bestmöglichen Lichtverhältnisse auf und sind mit neuzeitlichen Anlagen versehen, so daß sie durch ihre Einrichtungen allen Anforderungen gerecht zu werden vermögen. Ferner befindet sich im Erdgeschoß die geburtshilfliche Abteilung mit dem Kreißsaal, den verschiedenen Krankenzimmern 1., 2. und 3. Klasse und den dazu gehörigen Nebenräumen.

Im 1. Stock sind die Krankenzimmer der 1. und



Außenansicht der Frauenklinik

Außenansicht des Haupthauses



I. Klasse-Zimmer



Saal für III. Klasse-Patienten



Operationssaal I

2. Verpflegungsklasse der chirurgischen und medizinischen Abteilung. Durch hübsche Ausstattung der Räume, durch möglichst ansprechende Farbentöne der Wände und geschmackvolle Beleuchtungskörper hat jedes Zimmer einen freundlichen, anheimelnden Charakter, wie dieses auch auf der geburtshilflichen Abteilung der Fall ist. Bequeme Sessel und Ruhebetten, Telephon und Radio, fließendes warmes und kaltes Wasser sorgen für Behaglichkeit, Doppelfenster und Doppeltüren für Fernhalten lästiger Geräusche. Breite Balkons nach Süden, Osten und Westen ermöglichen den Kranken einen langdauernden Aufenthalt im Freien, und gepflegte Gartenanlagen bieten Rekonvaleszenten Gelegenheit zum Spazierengehen.

Die Krankenzimmer der 3. Klasse und 2a sind im 2. Stock gelegen. Sie sind in ihrer Einrichtung etwas einfacher gehalten, lassen aber in hygienischer Beziehung und in bezug auf Behaglichkeit nichts zu wünschen übrig.

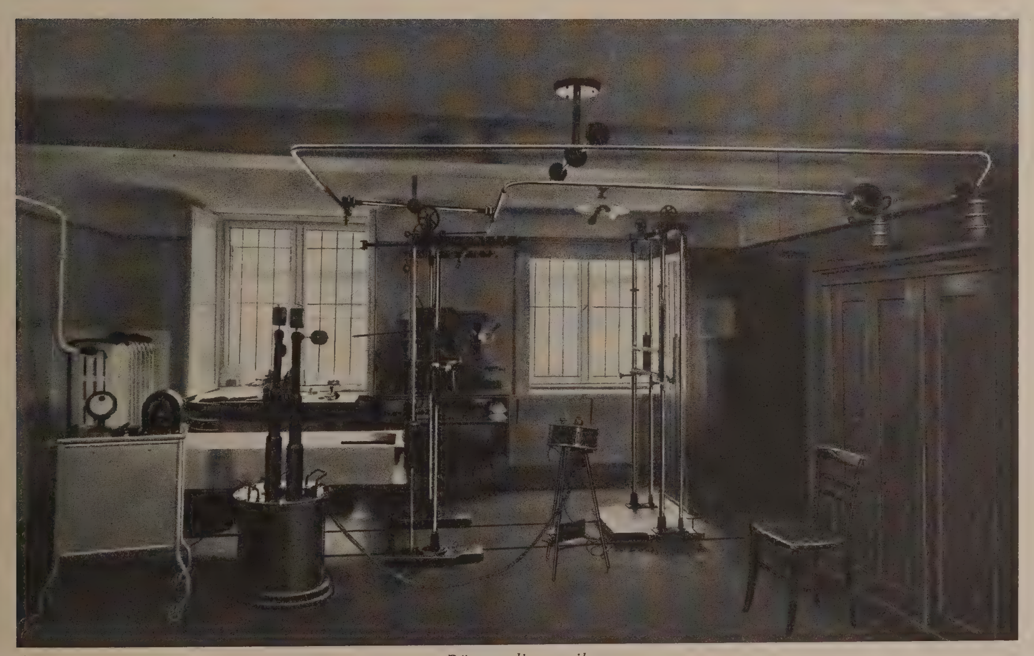
Das 3. Stockwerk enthält die Schlafräume der Schwesternschaft, während die Wohnzimmer der Schwestern im angrenzenden Gebäude (im Schwesternheim) gelegen sind.

Im Kellergeschoß ist das Institut für Röntgendiagnostik und Therapie, für Diathermie und Höhensonne, ferner das Laboratorium, das Unterrichtszimmer, der Speisesaal, die Küche und Wirtschaftsräume mit den nötigen Vorrats- und Kellerräumen. Die Heizungsanlage und die Kohlenräume befinden sich im tiefer gelegenen Kellerraum. Die Wäscherei und Plätterei haben ein eigenes Gebäude, und auch die Leichenhalle ist gesondert und abseits gelegen.

Dem Diakonissen- und Krankenhaus gehören 50 Schwestern an. Ihre Arbeit erstreckt sich nicht nur auf ihre Tätigkeit im Krankenhaus selbst, sondern ein Teil der Schwestern ist auch auf sozialen und gemeinnützigen Gebieten tätig, und zwar in Gemeinde-, Missions- und Jugendpflegearbeit, auch in Fabrik-, Haus- und Armenpflege.

Die Anstalt verfolgt gemeinnützige Ziele, sie dient zur Aufnahme von Kranken jeder Art und jeder Konfession. Ausgeschlossen ist die Aufnahme von Infektions-, Geistes-, Haut- und Geschlechtskranken. Für unbemittelte Kranke sind für die Wohlfahrt- und Krüppelfürsorge Betten zur Verfügung gestellt. Kranken, die mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, wird durch Gewährung von Preisermäßigungen oder auch durch vollständige Freistellen die Behandlung in unserer Anstalt ermöglicht.

Wir haben die Freude zu wissen, daß unser Haus schon vielen tausend Patienten gedient und der Stadt Wohl gefördert hat.



Röntgendiagnostik



ST.-GERTRUD-KLINIK. PRIVATKRANKENANSTALT DER ST.-GERTRUD-GEMEINDEPFLEGE, HAMBURG-UHLENHORST, BACHSTRASSE 71

VON PASTOR F. W. HINTZE, UHLENHORST

AUF Anregung Pastor *Dr. Manchots* beschloß der Vorstand der im Jahre 1885 begründeten St.-Gertrud-Gemeindepflege im Jahre 1903, eine Privatkrankenanstalt einzurichten. Es bot sich die Gelegenheit, das Nachbargrundstück des Schwesternhauses (Bachstraße 71) zu erwerben. Großzügige Hilfe von Herrn Alfred Beit (London) und Frau Laura Beit ermöglichten den Kauf. Die Ärzte der dichtbevölkerten Gemeindebezirke begrüßten den Gedanken. Es war ja jeder Arzt berechtigt, die von ihm betreuten Kranken in der St.-Gertrud-Klinik aufnehmen zu lassen und weiterzubehandeln. Andererseits war es auch vielen Kranken lieb, sich weiter von dem Arzte ihres Vertrauens behandeln lassen zu können. Manches Gemeindeglied war froh darüber, in Krankheitsfällen nicht in ein vielleicht weit entlegenes Krankenhaus übersiedeln zu müssen, sondern in leicht erreichbarer Nähe der Familienangehörigen zu bleiben.

Zwei Säle wurden für die dritte Klasse eingerichtet, eine Reihe von Einzelzimmern diente der Aufnahme von Kranken der ersten und zweiten Klasse nach Art der staatlichen Krankenhäuser. Ein *Operationssaal* wurde mit allen Erfordernissen der ärztlichen Kunst ausgestattet. Für die nötige Zahl der Schwestern sorgte das Vereinshospital des Vaterländischen Frauen- und Hilfsvereins vom Roten Kreuz, dem auch die Gemeindeschwestern angehörten. Die bisherige Leitende Schwester wurde Oberschwester.

Der große *Garten,* in dem eine Liegehalle für Genesende errichtet wurde, bot willkommene Gelegenheit für Bewegung in frischer Luft.

Während 1904 in der St.-Gertrud-Klinik 65 Kranke verpflegt wurden, stieg im folgenden Jahre die Zahl der Kranken auf 241. Später wurden in einem Anbau noch ein Badezimmer und mehrere Schwesternzimmer eingerichtet.

Im Weltkriege wurde von der St.-Gertrud-Klinik ein Hilfslazarett mit 30 Betten abgezweigt, dessen Leitung der Hausarzt unserer Gemeindepflege und ein Chirurg übernahmen.

Die St.-Gertrud-Klinik hat sich auch trotz der Nöte der Zeit auf der Höhe gehalten und zumal den Operationssaal nach den Wünschen der Ärzte mit allen Neuerungen ausgestattet, die erforderlich schienen.

Der Operationssaal erfüllt alle Anforderungen der modernen Asepsis. Terrazzofußboden mit zentralem Abfluß, abgerundete Ecken, Marmorbekleidung und Emaillelackanstrich der Wände sowie teilweise Verkachelung derselben gewährleisten eine tadellose Sauberkeit. Der Saal ist bei Tage durch große Fenster reichlich belichtet, bei künstlicher Beleuchtung ist durch fünf an der Decke angebrachte Zeißsche Kugelspiegellampen mit Parabolspiegeln schattenloses Arbeiten ermöglicht, durch einen seitlich angebrachten Apparat auch für vaginales Operieren. Seit etwa 20 Jahren ist der Rothdrägersche Sauerstoff-Narkosenapparat in täglichem Gebrauch und hat sich glänzend bewährt.

Der Sterilisationsapparat für Operationswäsche, Tupfer und Verbandmaterial ist in einem besonderen Raume untergebracht. Ebenso ist ein besonderes Bestrahlungszimmer vorhanden mit Höhensonne, Sollux und großem Diathermieapparat von Koch und Sterzel.

Neuerdings ist für ambulante Eingriffe an infizierten Wunden ein besonderer Raum hergerichtet, um die Asepsis des Operationszimmers möglichst zu wahren.

Jetzt umfaßt die St.-Gertrud-Klinik 3 Säle III. Klasse (mit 6, 7 und 10 Betten), 3 Zimmer IIa-Klasse (je 3 Betten), 3 Zimmer II. Klasse (je 2 Betten) und 3 Zimmer I. Klasse (je 1 Bett).

Für den Pflegedienst stehen neben der Oberschwester sechs Schwestern vom Roten Kreuz zur Verfügung.

Im Jahre 1927 wurden im ganzen 367 Kranke und 15 Pfleglinge vom Staatlichen Versorgungsheim verpflegt; letztere sind dauernd in der Klinik untergebracht. Es wurden 3625 Pflegetage für Kranke und 5494 Pflegetage für die Pfleglinge des Versorgungsheims gezählt. Ambulant wurden 426 Kranke behandelt. 59 Kranke nahmen Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne (ambulant), und 30 Kranke wurden (ebenfalls ambulant) mit Diathermie behandelt.

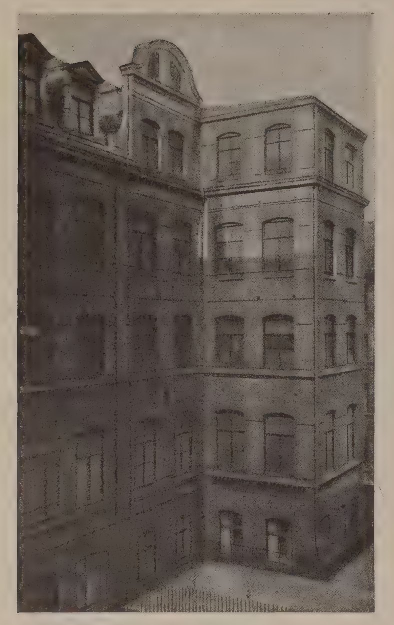
Die Klinik wird in allen drei Klassen und auch durch ambulante Behandlung lebhaft in Anspruch genommen, ein Beweis, daß ihre Einrichtungen auf neuzeitlicher Höhe gehalten sind und allen Ansprüchen der Kranken und der Ärzte genügen.



Operationssaal

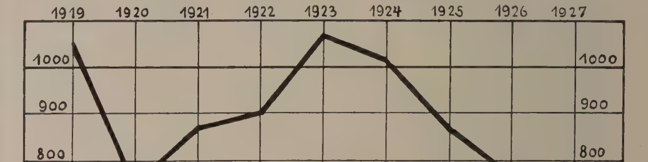
KRANKENANSTALT DR. PHILIP (100 BETTEN)

VON DR. CAESAR PHILIP



DIE Anstalt ist im Jahre 1906 auf Veranlassung der Hamburg-Amerika-Linie gegründet, um deren haut- und geschlechtskranke Seeleute unterzubringen, und im Jahre 1909 in das jetzige Gebäude verlegt, das auch für die Angestellten der übrigen Hamburger Großreedereien Platz bietet. Seit Kriegsende wird die Anstalt auch vom Wohlfahrtsamt und den Hamburger Krankenkassen mit Kranken belegt und dient ferner der Hamburger Gesundheitsbehörde als geschlossene Abteilung zur Unterbringung von männlichen Geschlechtskranken, die einer Zwangsbehandlung unterworfen werden. Die Kostsätze sind stets die gleichen wie die der Hamburger Staatskrankenanstalten, ohne daß ein Staatszuschuß geleistet wird.

Belegungskurve · Zahl der Patienten im Jahre



Obererdgeschoss.
Krankenzimmer
Schrank
Licht-schacht
W.C.
Bad
Wärter
Kranken-zimmer
Speisen-Aufzug
Vorplatz
Operations-zimmer
Sprech-zimmer
Aufnahme
Licht- u. Heißluft-Bäder
Kranken-saal

1-3. Obergeschoss.
Krankenzimmer
Schrank
Licht-Schacht
W.C.
Bad
Wärter
Kranken-zimmer.
Speisen-Aufzug
Vorplatz
Krankenzimmer.
Kranken-zimmer.
Kranken-zimmer.
Kranken-saal.

DAS HAMBURGER SÄUGLINGSHEIM

VON PROFESSOR DR. BAUER

IM Jahre 1912 wurde der Verein „*Hamburger Säuglingsheim e. V.*“ gegründet, der sich die Aufgabe stellte, in Hamburg eine Säuglings-Heilstätte nach dem Muster des Dresdner Säuglingsheims von Professor Schloßmann zu errichten. Es wurde damals vorläufig eine Villa in der Heinrich-Barth-Straße mit Säuglingen belegt. Der Verein brachte dann die Gelder zusammen, die zur Errichtung eines Neubaus notwendig waren; Senat und Bürgerschaft stellten einen Platz zur Errichtung der Anstalt am Kaiser-Friedrich-Ufer zur Verfügung. Dieser Platz harrt noch heute des Neubaus, da das Geld des Vereins der Inflation zum Opfer fiel. Die Klinik des Hamburger Säuglingsheims hat mittlerweile seit 1919 Unterkunft gefunden in den ehemaligen Privathäusern Hochallee 1, Ecke Hallerstraße, und dem Nebenhaus Hallerstraße 63.

Die Aufgaben, die der Verein Hamburger Säuglingsheim erfüllt, sind:

I. Die Unterhaltung der *Klinik*, in der *54 Säuglinge* und *Kleinkinder* verpflegt werden. Die besonderen Mittel der Verpflegung bestehen in:

a) der Haltung von *Ammen* in der Anzahl, daß täglich 8 bis 10 Liter Frauenmilch für die kranken Kinder zur Verfügung stehen;

b) in der möglichsten Isolierung der Patienten, die im Krankenzimmer durch Scheidewände zwischen den Betten, durch Isolierung der Gebrauchsgegenstände des Kindes und durch aseptisches Verhalten der Schwestern erreicht wird, insbesondere aber dadurch, daß *ein jedes* Kind die *Boxenstation* passieren muß, bevor es in die gemeinschaftlichen Krankenräume kommt;





Boxenstation



Mütterschule

c) Garten und Balkons dienen zur *Freiluftbehandlung* der Kinder;

d) selbstverständlich stehen die klinischen Mittel des Laboratoriums, Röntgenapparates und der Höhensonne zur Verfügung.

II. Unterhaltung einer staatlich anerkannten *Säuglings-Pflegeschule* mit zweijähriger Ausbildungszeit. Die Zahl der Schülerinnen beträgt zur Zeit 40. Die ehemaligen und jetzigen Schwestern sind zusammengeschlossen in dem „*Schwesternverein* des Hamburger Säuglingsheims“ mit eigener geschützter Tracht und Abzeichen.

III. Unterhaltung des *Säuglings-Genesungsheims* Kielortallee 11, in dem solche *Säuglinge und Kleinkinder* verpflegt werden, die gerade aus der klinischen Behandlung entlassen wurden, aber noch nicht für die häusliche Pflege reif sind, besonders in den Fällen, in denen die häuslichen Verhältnisse eine Rekonvaleszentenpflege nicht gestatten. Die Zahl der Betten beträgt 24.

IV. Ärztliche und pflegerische Versorgung des *Säuglings-Genesungsheims* Höltystraße 10 des Uhlenhorster Frauenvereins, das denselben Zwecken wie das vorgenannte Genesungsheim dient, aber auch Rekonvaleszenten aus andern Krankenanstalten aufnimmt. Die Zahl der Betten beträgt 36.

Die beiden Säuglings-Genesungsheime dienen ebenfalls zur Ausbildung der Schwester-Schülerinnen. Im ganzen werden 114 Betten vom Verein Hamburger Säuglingsheim versorgt.

V. Die *Mütterschule* des Hamburger Säuglingsheims hat sich die Aufgabe gestellt, Bräute, werdende Mütter und andere Frauen, die sich nicht beruflich in der Säuglingspflege betätigen wollen, in der Pflege, Ernährung und Erziehung des Säuglings und Klein-

kindes auszubilden. Das Besondere unserer Mütterschule besteht darin, daß die Mütter nicht an Phantomen oder Puppen pflegerische Übungen anstellen, sondern durch Mitarbeit auf den Stationen der Säuglings-Genesungsheime geschult werden. Die Kurse dauern sechs Wochen und laufen das ganze Jahr.

VI. Der Verein Hamburger Säuglingsheim unterhält weiter das im Aufbau begriffene *„Museum des Kindes“*, das zu Lehrzwecken für Ärzte, Schwestern und Laien benutzt wird. Über den anatomischen Teil dieses Museums berichtet der Leiter desselben, Konservator *Schmitt*, gesondert.

Seinen Aufgaben kann das Hamburger Säuglingsheim seit der Inflationszeit nur durch staatliche Beihilfe durch Vermittlung des Ausschusses für Kinderanstalten gerecht werden.

„MUSEUM DES KINDES“ DES HAMBURGER SÄUGLINGSHEIMS

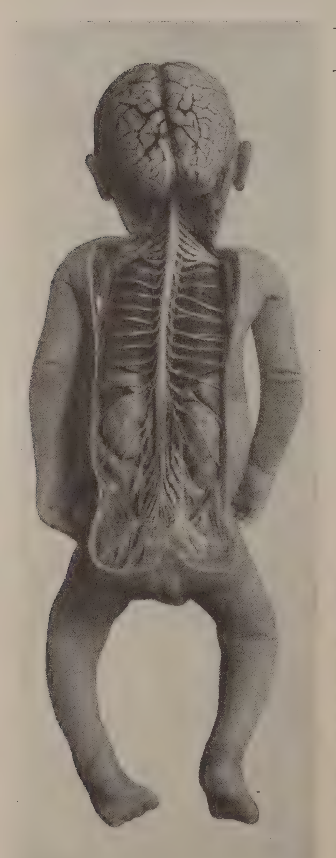
VON R. SCHMITT

WISSENSCHAFTLICHER LEITER DIESES MUSEUMS UND KONSERVATOR DES ALTONAER MUSEUMS

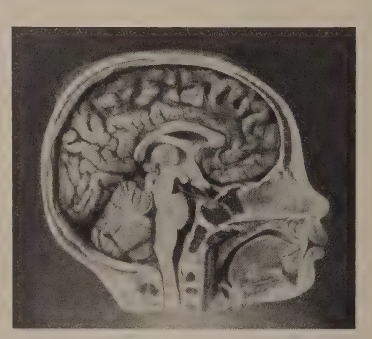
IN der Ausstellungshalle des Zoologischen Gartens befindet sich zu der Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg eine Auslese der anatomischen und pathologischen Präparate des bereits bestehenden Grundstocks des Museums des Kindes, bearbeitet von dem Leiter. Das Wesentliche dieser Abteilungen beruht darin, daß mit wenigen Ausnahmen nur Original-Präparate vom Kinde nach den neuesten Methoden zur Belehrung gewählt sind (s. Abb. 1—4). Die Präparate von starker, ästhetischer Wirkung sind durch angefügte Zeichnungen auch dem Laien verständlich. Die Methode der Durchsichtigmachung von menschlichem Gewebe nach Professor *Spalteholz*, Leipzig, ausgebaut nach eigener Methode, kommt in durchsichtigen Injektions-Färbungspräparaten usw. zur Verwendung. Es werden auch Vorträge für wissenschaftliche Interessenten, Schwestern und Laien, an der Hand der Präparate gehalten.



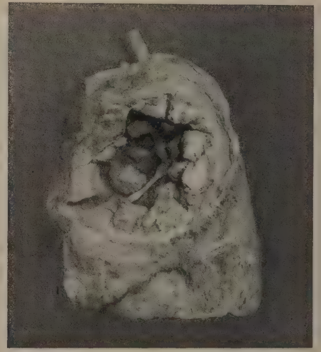
Starke Arteriosklerose mit Trombosen einer durchsichtig gemachten Aorta von einem 74 Jahre alten Manne



Das Nervensystem und der Situs viscerum eines vier Wochen alten Säuglings



Hirn mit Hirn-Nerven im Medianschnitt der linken Kopfhälfte eines einjährigen Kindes



Linke Lunge von einem ein Jahr einen Monat alten Kinde. Miliar-Tuberkulose und Caverne (seltener Fall)

DAS WÖCHNERINNENHEIM E.V., HAMBURG

VON DR. MED. TH. SEITZ

DAS Wöchnerinnenheim e. V., Bundesstraße 12, wurde 1909 eröffnet, nachdem durch ein kleines Komitee die entsprechenden Vorbereitungen, die bis 1906 zurückreichten, erledigt waren.

Der Gedanke zur Gründung eines solchen Heims war einmal gegeben durch die guten Erfahrungen, die man in anderen Städten (z. B. Bremen, Mannheim u. a. m.) schon früher mit dieser sich als sehr segensreich erweisenden Einrichtung gemacht hatte, und dann deswegen, weil in Hamburg es damals an ausreichenden derartigen oder ähnlichen Anstalten fehlte.

Der Hauptzweck des Heims besteht darin, verheirateten Frauen ohne Unterschied der Konfession, die zu Hause nicht über die genügende Pflege und Schonung oder nur über ungeeignete Wohnräume verfügen, oder bei denen vorauszusehende geburtshilfliche Komplikationen ein Bleiben im Hause nicht wünschenswert erscheinen lassen, die Möglichkeit zu geben, Geburt und Wochenbett unter fachärztlicher Aufsicht und sachgemäßer Pflege zu erledigen. Dabei ist für Minder- und Unbemittelte eine Herabsetzung resp. ein Erlaß des Pensionspreises vorgesehen. Um das Trennungsgefühl von der Familie herabzusetzen, genießen die Ehemänner eine sehr weitgehende tägliche Besuchserlaubnis; dazu kommt eine infolge der geringen Bettenzahl (17) sehr große Möglichkeit der individuellen Behandlung. Ein weiterer wichtiger Gedanke, der sich aber aus den verschiedensten Gründen bisher nur unvollkommen verwirklichen ließ, war der, Wochenpflegerinnen heranzubilden, die nach dem vorbildlichen Bremer Beispiel in ständiger Fühlung mit dem Heim bleiben und durch dieses über ganz Deutschland geschickt werden.



Daß die Leitgedanken richtig waren und die Gründung des Heims einem weitgehenden Bedürfnis entsprach, geht aus den ständig steigenden Besuchsziffern hervor, obwohl mittlerweile eine ganze Reihe geburtshilflicher Abteilungen in staatlichen und privaten Anstalten entstanden sind.

Das Heim verfügt über 17 Betten, von denen zwölf auf die 3. Klasse und fünf auf die 2. Klasse fallen. Neben der Oberin sind noch zwei Hebammen und drei Stationsschwestern, sowie zwei bis drei Wochenpflegeschülerinnen tätig; der kaufmännische und wirtschaftliche Teil des Betriebes wird durch die verschiedenen Vorstandsdamen beaufsichtigt resp. geleitet. Die rein ärztliche Tätigkeit liegt in der Hand eines Facharztes für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

Im Laufe der Jahre wurden über 7000 Geburten erledigt; 1927 wurde mit 581 Geburten die bisherige Höchstleistung erreicht. Leider können in den letzten Jahren viele Anmeldungen wegen Platzmangels nicht berücksichtigt werden; da auch in anderen Beziehungen das Heim nicht mehr allen Anforderungen genügt, ist ein Neubau des Heims geplant; dieser war aber bisher unmöglich, da die vorhandenen Mittel durch die Inflation verloren gegangen sind und andererseits das Heim finanziell ganz auf sich und freiwillige Beiträge angewiesen ist, ohne den Vorteil staatlicher Unterstützung zu genießen.

DIE HAMBURGISCHE LUNGENHEILSTÄTTE EDMUNDSTHAL-SIEMERSWALDE IN GEESTHACHT

VON DR. RITTER, LEITENDEM ARZT

DIE Heilstätte wurde auf Kosten eines Hamburger Bürgers, des Kaufmanns und Reeders *Edmund J. A. Siemers,* erbaut und eingerichtet. Der Hamburger Staat stellte dazu das nötige, sehr günstig, 30 km von Hamburg elbaufwärts an der Elbe gelegene Gelände zur Verfügung und sicherte einen Betriebszuschuß zur Deckung eines etwaigen Fehlbetrages zu.

Die erste Abteilung der Heilstätte (jetzt Kinder-Abteilung, „Theklahaus“) wurde im Jahre 1898/1899 erbaut und zunächst für 100 Männer eingerichtet. Sie wurde am 4. Mai 1899 eröffnet. Im Jahre 1901 wurde eine zweite Abteilung mit 60 Betten für Frauen (jetzt „Hanshaus“) erbaut und im Jahre 1902 eröffnet. Im Jahre 1906 wurde eine weitere Abteilung für 38 Frauen (jetzt „Kurthaus“) eröffnet. Endlich stiftete derselbe *Siemers* im Jahre 1911 anläßlich seines 70jährigen Geburtstages eine weitere Abteilung für 130 Betten (jetzt „Susannenhaus“). Das vom Staat zur Verfügung gestellte Gelände und der Betriebszuschuß wurden bei jeder Neueröffnung in entsprechender Weise vergrößert.

Bei dem letzten Neubau wurde eine völlige Umgestaltung der Anstalt vorgenommen. Die Männer wurden in das Hanshaus und Kurthaus, die nunmehr auch zur Aufnahme gelangenden Kinder in das Theklahaus, die Frauen ins Susannenhaus aufgenommen, so daß rund 100 Betten für Männer, 100 Betten für Kinder und 130 Betten für Frauen zur Verfügung stehen.

Die Heilstätte war ursprünglich bestimmt zur Aufnahme von nach ärztlichem Urteil heilbaren, von der Tuberkulose bedrohten oder befallenen Personen. In den ersten Jahrzehnten wurde diese Bestimmung hinsichtlich der „Heilbarkeit“ nach Möglichkeit durchgeführt. Heute stehen wir auf dem Standpunkt, daß eine Heilstätte für tuberkulöse Kranke *aller Stadien* bestimmt sein muß. Seit Einführung der chirurgischen Behandlung der Tuberkulose kann es sich bei den in eine Heilstätte aufgenommenen Kranken nicht nur um Kranke im ersten Stadium handeln, da man erfahrungsgemäß auch bei weiter vorgeschrittenen Kranken noch gute und dauernde Erfolge erzielt.

Das der Heilstätte zugewiesene Gelände beträgt rund 35 ha und ist zum größten Teil mit Nadel- und Laubwald bestanden.

Anfangs wurde in bescheidenem Umfange Landwirtschaft betrieben, die uns auch im Kriege gute Dienste geleistet hat; nach dem Kriege haben wir sie endgültig als unwirtschaftlich aufgegeben.

Die Anstalt liegt in einem nach Süden sich öffnenden, nach Norden und Westen durch Hügelketten geschützten Gelände etwa 40 m über der Elbe mit weitem Ausblick über die jenseits der Elbe gelegene hannoversche Marsch. Die Anstalt liegt auf Geesthachter Gebiet und grenzt nach Westen nahe an die hamburgische Landstadt Geesthacht, von der sie aber durch einen Waldgürtel, der in staatlichem Besitz ist, getrennt wird.

Die Kinderabteilung (Theklahaus), das älteste Gebäude der Anstalt, enthält in seinem Nordbau 25 Betten für jugendliche Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren in Zwei- und Vierbettenzimmern. Im Südbau finden sich vier Säle zu je 22 Betten, von denen je zwei für Knaben und Mädchen bestimmt sind. Die großen Säle sind durch halbhohe, abwaschbare und fortnehmbare Linoleumzwischenwände in kleinere Abteilungen eingeteilt, so daß den großen Sälen der Eindruck von Krankensälen genommen wird und jeder Kranke eine Ecke für sich hat. Die Einrichtung hat sich bewährt; doch haben wir bei den späteren Bauten trotzdem kleinere Zimmer vorgezogen. Für jeden Kranken sowohl im Nordbau wie im Südbau ist auf den nach Süden gelegenen Liegehallen ein Platz von rund einem Meter Breite bestimmt. Nordbau und Südbau werden durch einen Zwischenbau verbunden, der Küche und Speisesaal enthält.

Das Hanshaus umfaßt 68 Betten für Männer in Zimmern von ein bis sechs Betten. Das Kurthaus 38 Betten für Männer in Zimmern von ein bis vier Betten. Im Hanshaus befindet sich eine Küche und ein Speisesaal für die gesamte Männerabteilung.

Das Susannenhaus enthält 130 Betten für Frauen in Zimmern mit höchstens vier Betten. Im Erdgeschoß finden sich zehn Einzelzimmer mit besonderen Liegehallen für Schwerkranke, ebenso ein Vierbettenzimmer, das für Schwerkranke bestimmt und eingerichtet ist. Ein großer Operationsraum ist für die gesamte Anstalt bestimmt; jede Abteilung verfügt natürlich außerdem über einen entsprechenden Raum für kleinere Operationen; ebenso über einen Raum für Behandlung der oberen Luftwege. Auch die



Blick auf das Theklahaus vom Aussichtsturm



Theklahaus (Kinder-Abteilung)

Frauenabteilung hat ihre eigene Küche und ihren eigenen Speisesaal. Wir haben mit den kleineren Küchen für jede Abteilung gute Erfahrungen hinsichtlich der Zubereitung einer schmackhaften Kost gemacht, ohne daß die Kosten sich gegenüber einer gemeinsamen großen Zentralküche nennenswert erhöht haben.

Im Theklahaus befindet sich eine für die ganze Anstalt bestimmte neuzeitliche Einrichtung für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie.

Gegenüber dem Theklahaus befindet sich ein großes Badehaus, das vorwiegend für die Kinderabteilung bestimmt ist, in dem aber auch die morgendlichen Duschen für Männer und Frauen und elektrische Lichtbäder für die ganze Anstalt verabreicht werden. Selbstverständlich enthält jede Abteilung Wannenbäder und sonstige Behandlungsräume in ausreichender Zahl.

In jeder Abteilung ist ein großes ärztliches Sprechzimmer für den Abteilungsarzt, ein Wartezimmer und ein Sprechzimmer für den leitenden Arzt.

Jedes für Kranke bestimmte Gebäude enthält eine Zentralheizung. In den ältesten Gebäuden, Theklahaus, Hanshaus und Kurthaus, haben wir noch eine Niederdruckdampfheizung, im Susannenhaus eine Niederdruckwarmwasserheizung.

Die Anstalt versorgt sich selbst aus drei rund 89 m tiefen Brunnen mit Wasser, das durch mit Dampf betriebene Pumpen in einen 200 cbm fassenden Wasserbehälter auf den 70 m hohen Kirchsteigbecksberg, der im Besitze der Anstalt ist, gepumpt und von da in alle Häuser verteilt wird. Die Anstalt verbraucht täglich rund 180 cbm Wasser.

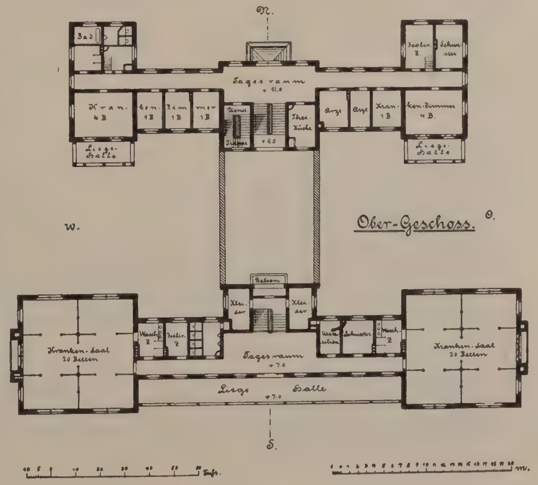
Ebenso erzeugt die Anstalt die Elektrizität selbst, und zwar mittels drei Dynamomaschinen. Die Anstalt verbraucht im Sommer täglich 60 Kilowatt, im Winter täglich 100 Kilowatt.

Neben dem Maschinenhaus befindet sich eine Dampfwäscherei, in der die gesamte Anstaltswäsche, einschließlich der Krankenwäsche, maschinell gewaschen wird. In dem gleichen Gebäude befinden sich Laboratorium und Sektionsraum.

Die Anstalt wird von einem leitenden Arzt geleitet, dem zwei Abteilungsärzte und zwei Assistenzärzte zur Seite stehen. Daneben wirken unter dem leitenden Arzt eine leitende Oberschwester, ein Kassenvorsteher, ein Kanzleivorsteher, eine Wirtschaftsinspektorin, eine Röntgenoberschwester, eine Verwaltungsoberschwester, elf Pflegeschwestern, ein Maschinenmeister, ein Hofverwalter.

Außer den bereits angeführten Gebäuden sind sieben Wohnhäuser für Angestellte, ein Schweinestall und ein Pferdestall erbaut worden. Die Pferde werden noch in diesem Jahr durch Kraftwagen ersetzt werden.

Die in der Heilstätte erzielten Erfolge sind wiederholt durch Nachfrage bei den entlassenen Kranken eingehend nachgeprüft worden. Sie entsprechen durchaus den im Hochgebirge erzielten Erfolgen. — Die Kurkosten werden zum Teil (30—50 v. H.)





Susannenhaus (Frauen-Abteilung) von vorne gesehen



Speise- und Festsaal

von den Kranken selbst, zum Teil von sozialen Versicherungsanstalten getragen (Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, Krankenkassen, Wohlfahrtsamt, Hauptversorgungsamt, Zentralstelle für Kinderverschickung usw.). Die Kurkosten entsprechen den Sätzen in der untersten Klasse der hamburgischen Staatskrankenhäuser. Sie betragen zur Zeit 6.30 Rm. täglich für Erwachsene, 4.40 Rm. für Kinder. Für Auswärtige, das heißt für nicht in Hamburg wohnhafte Kranke, wird ein Zuschlag von rund 50 v. H. erhoben.

Über die Entwicklung der Anstalt geben die folgenden Zahlen nähere Auskunft:

Jahr	Zahl der Krankenverpflegungstage	Zahl der täglich. Kranken in der Anstalt	Bemerkungen
1899	12906	35,3	Eröffnung am 7. Mai
1900	22729	62,2	
1901	29471	80,7	
1902	40232	110,2	Eröffnung der Frauen-Abteilung am 6. Juni
1903	48447	132,7	
1904	53767	146,9	
1905	61810	169,3	Eröffnung des früheren Susannenhauses
1906	64472	176,6	
1907	67612	185,2	
1908	66815	182,5	
1909	68150	186,7	
1910	68197	186,8	
1911	70245	192,4	
1912	102333	280,4	Eröffnung der neuen Frauen-Abteilung
1913	120093	329,0	
1914	118163	323,7	
1915	113278	310,3	
1916	130937	358,7	Eröffnung der Lazarett-Abteilg.
1917	122864	336,6	
1918	125833	344,7	
1919	125939	345,0	Auflösung der Lazarett-Abteilg.
1920	159423	436,8	umfaßt 5/4 Jahre, 1. Januar 1920 bis 31. März 1921
1921	125104	342,8	
1922	125563	344,0	
1923	113632	311,3	
1924	123338	337,9	
1925	124698	341,6	
1926	122289	335,0	
1927	114639	314,1	

Jahr	Durchschnittliche Kurdauer			
	Männer Tage	Frauen Tage	Kinder Tage	Heeres-angehörige Tage
1899	91,2	—	—	—
1900	99,4	—	—	—
1901	93,7	—	—	—
1902	92,0	86,6	—	—
1903	90,8	92,3	—	—
1904	89,0	92,3	—	—
1905	90,8	87,8	—	—
1906	98,0	97,7	—	—
1907	93,0	95,3	—	—
1908	99,9	97,3	—	—
1909	102,0	95,0	—	—
1910	101,3	92,9	—	—
1911	126,0	92,9	—	—
1912	98,5	94,3	104,1	—
1913	100,0	97,7	109,9	—
1914	121,6	95,8	106,9	—
1915	124,8	110,1	114,4	—
1916	117,9	102,1	102,8	102,6
1917	102,1	102,7	100,4	95,5
1918	108,2	101,9	100,4	95,6
1919	105,1	99,9	101,0	90,9
1920	108,3	98,5	98,3	—
1921	95,1	95,3	97,3	—
1922	93,4	94,8	97,7	—
1923	94,6	96,2	105,2	—
1924	101,2	100,1	99,8	—
1925	99,7	98,7	97,2	—
1926	101,3	106,3	101,6	—
1927	104,5	103,0	105,6	—

HAMBURGISCHES SEEHOSPITAL NORDHEIM-STIFTUNG

LEITENDER ARZT: DR. DENKS

DAS im Jahre 1904 bis 1906 aus dem Nachlaß des Herrn Marcus Nordheim erbaute Hamburgische Seehospital liegt auf einem südlich von Duhnen unmittelbar an das Wattenmeer herantretenden Geestrücken in völlig unbebauter Gegend. Das der Anstalt gehörige Gelände umfaßt 36 Hektar, die Gebäude nehmen jetzt im ganzen nahezu einen Hektar ein.

Der nebenstehende Grundriß des Altbaues erklärt am besten die Art und Weise, in der der Architekt sich den vorhandenen Verhältnissen angepaßt hat. In Gestalt einer nach Nordwesten gerichteten Armbrust ist das Gebäude so eingeteilt, daß die Krankenräume dem Strande entlang liegen, die Wirtschaftsräume senkrecht zu ihnen stehen. Bei den für gewöhnlich herrschenden westlichen Winden ist auf der Innenseite der Flügel überall Platz vorhanden für geschützte Terrassen und Liegehallen und eine Belästigung der Kranken durch Staub, Rauch usw. ausgeschlossen. Der letzte Punkt mußte bei der Anlage des Seehospitals um so mehr berücksichtigt werden, als es in seiner einsamen Lage einen sehr umfangreichen Maschinenbetrieb unterhalten muß.

Das Seehospital ist in erster Linie bestimmt für die Aufnahme von Kindern bis zu 14 Jahren, die an sogenannter chirurgischer Tuberkulose leiden, also wirklich krank, ja bettlägerig sind, und unterscheidet sich damit von den üblichen Seehospizen.

Seiner Bestimmung entsprechend ist es krankenhausmäßig mit Operationszimmer, Röntgenabteilung für Diagnostik und Therapie und orthopädischer Werkstätte versehen und verfügt über ein Personal von im ganzen 95 Köpfen.

Die eigentliche Pflege liegt in den Händen von Schwestern des Evangelischen Diakonievereins in Zehlendorf. Ärztlich werden die Kranken versorgt von dem leitenden Arzt, drei Assistenzärzten und einem Zahnarzt.

Als besondere Einrichtungen der Anstalt sind zu erwähnen ein Seewasserschwimmbad und eine Schule mit drei Lehrkräften.

Die im Jahre 1906 bei der Eröffnung vorhandene Zahl von 80 Betten hat im Laufe der Jahre stetig zugenommen. Aus einer Stiftung von Frau Mathilde Emden ist im Jahre 1914 ein dem Nordostflügel angefügter Neubau errichtet worden mit 100 Betten, davon 60 für Kleinkinder unter fünf Jahren. Durch kleinere Erweiterungen und Aufstellung von zwei Baracken ist schließlich die Bettenzahl auf 270 erhöht worden. Durchschnittlich sind 246 Betten belegt; einem Gipfel in der Belegung in den Monaten Juli und August entspricht ein Tal im Monat Dezember. In den letzten Jahren hat die Zahl der Verpflegungstage etwa 90 000 betragen.

In der nebenstehenden Kurve ist die Gesamtzahl der Pfleglinge in den Jahren 1906 bis 1926 zur Darstellung gebracht.



Gesamtansicht des Seehospitals



Mathilde-Emden-Haus



Badestrand am Wattenmeer

Grundsätzlich ist die Anstalt nicht darauf beschränkt, Kinder aus dem hamburgischen Staatsgebiet aufzunehmen; während aber früher die Anzahl der nicht aus Hamburg stammenden Pfleglinge einen erheblichen Bestandteil der Gesamtbelegung ausmachte, geht sie jetzt mehr und mehr zurück.

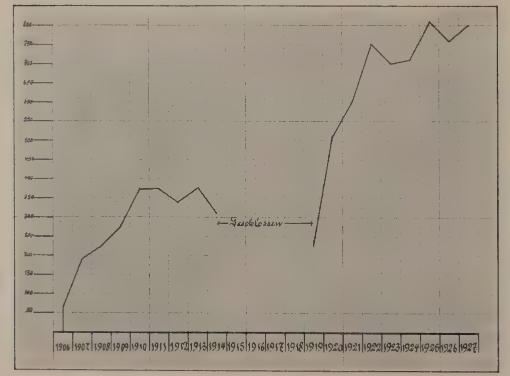
Von den vorhandenen 270 Betten entfallen 35 auf die sogenannte Sonderabteilung des Emdenhauses; die Sonderabteilung entspricht der zweiten Klasse der Staatskrankenhäuser.

Die Kosten des Betriebes werden gedeckt durch die Kostgelder, die denen der Staatskrankenhäuser gleich sind, und durch einen Staatszuschuß.

Die Kostgelder selbst werden jetzt nur in 11 v. H. der Gesamtbelegschaft von den Angehörigen aufgebracht, während noch in den Jahren 1924/1925 26,4 v. H. Selbstzahler vorhanden waren.

Von allen Kindern waren	1926/27	1925/26	1924/25
Selbstzahler	84	143	191
Es wurden Kinder verpflegt für Rechnung			
des Wohlfahrtsamtes Hamburg	143	97	16
Übertrag	227	240	207
der Zentralstelle für Kinderverschickung Hamburg	237	230	253
des Säuglings- und Kleinkinderschutzes Hamburg	58	88	79
der Landversicherungsanstalt der Hansestädte, Lübeck	134	116	65
des Jugendamtes Hamburg	12	14	4
der Polizeikrankenkasse Hamburg	40	46	25
der Eisenbahnfürsorgestelle Altona	23	18	13
auswärtiger Wohlfahrtsämter, Behörden usw.	45	64	76
Zusammen	776	816	722

Frequenz 1906—1927.



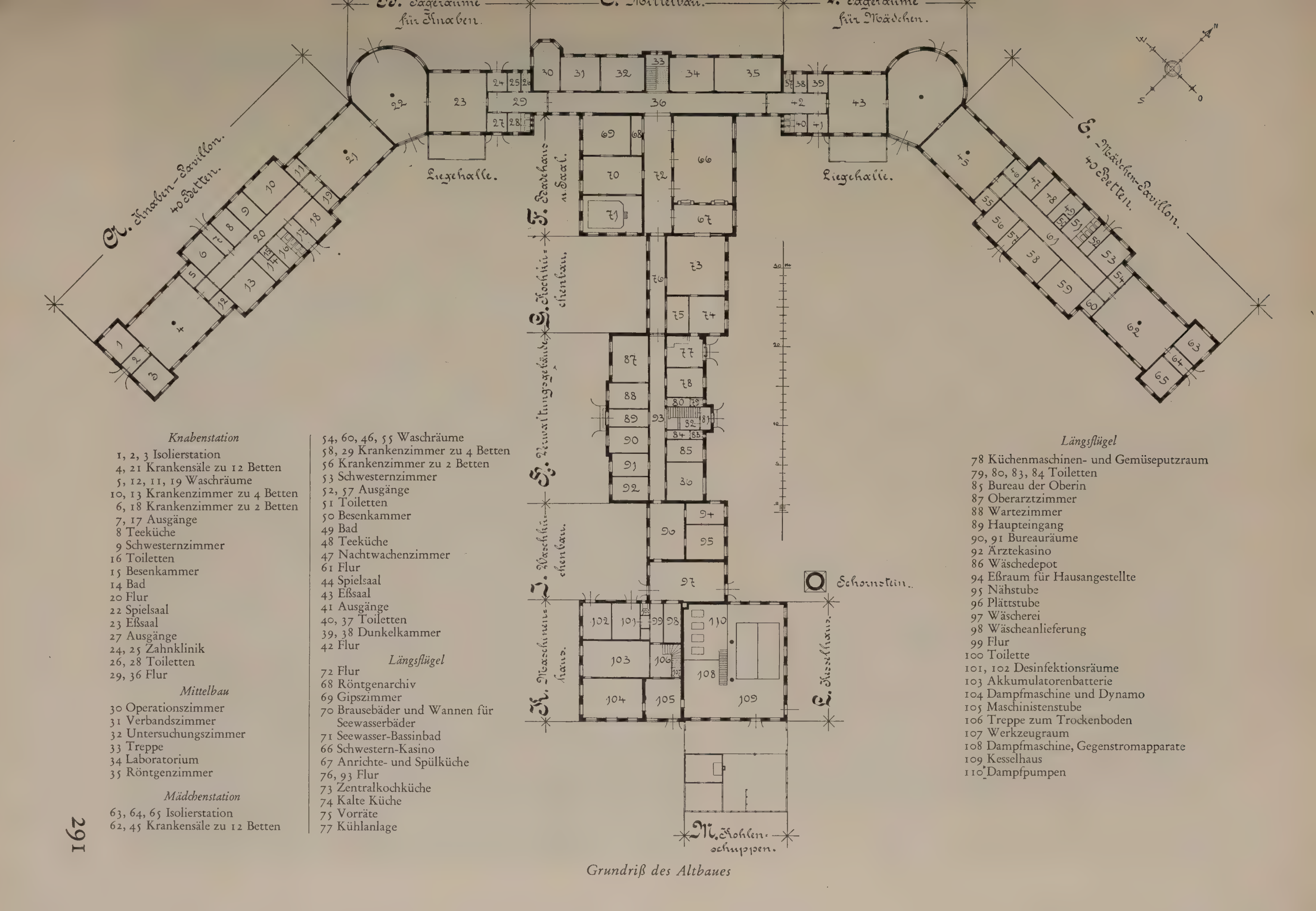
Neben solchen Kindern, die mit sogenannter chirurgischer Tuberkulose behaftet sind, werden Kranke aufgenommen, deren Leiden erfahrungsgemäß durch das Seeklima günstig beeinflußt wird. Es handelt sich da in der Hauptsache um tuberkulös infizierte Kinder mit allgemeiner Schwäche und Blutarmut. Lungentuberkulosen und besonders offene kommen nicht zur Aufnahme, dagegen im beträchtlichen Umfange Kinder mit Tuberkulose der Bronchiallymphknoten.

Über die Behandlungserfolge gibt die nachstehende Tabelle Aufschluß.

Behandlungserfolge

vom 1. April 1922 bis 31. März 1927.

	Geheilt v. H.	Gebessert v. H.	Ungeheilt v. H.	Gestorben v. H.
Tuberkulose				
der Haut	81,9	18,1	—	—
der äußeren Lymphknoten	66,5	26,9	6,6	—
der inneren Lymphknoten	68,9	26,2	4,9	—
der Knochen	71,1	21,1	6,7	1,1
der Gelenke	67,2	25,6	5,6	1,6
der Wirbelsäule	77,0	18,4	2,3	2,3
der Weichteile	84,7	15,3	—	—
Osteomyelitis chron.	68,3	29,3	2,4	—



Grundriß des Altbaues

HAMBURGISCHE KINDERHEILSTÄTTE SÜLZHAYN IM SÜDHARZ

VON DR. FEYERABEND, LEITENDEM ARZT

DIE jetzige Hamburgische Kinderheilstätte in Sülzhayn wurde 1899 als Erholungsheim von Privaten gegründet. Später diente sie als private Kinderheilstätte und wurde 1925 vom Hamburgischen Staat erworben und umgebaut. 1928 wurde sie durch den Ankauf des früheren Sanatoriums „Kurhaus" und des dazugehörenden Parkes wesentlich vergrößert, so daß die maximale Belegzahl von 109 auf 203 Betten vermehrt werden konnte.

Nach dem Ankauf setzt sich die Heilstätte aus folgenden Haupthäusern zusammen:

1. Altes Hauptgebäude . . . . . 85 Betten
2. „Senator-Gruenwaldt-Haus" . . 50 „
3. „Südhaus" . . . . 44 „
4. Station in der ehemaligen Arztvilla 24 „

Dazu kommen die Häuser für den Arzt, Assistenten, Verwalter und Angestellte und die Wirtschaftsgebäude, Zentralwaschküche usw.

Das alte Hauptgebäude wurde durch Anbau einer 23 m langen Liegehalle und durch Anbau und Renovierung sehr schöner Tagesräume und Anlegung einer Höhensonneneinrichtung modernisiert. Im 1. und 2. Stock befinden sich Stationen mit Zimmern zu drei und vier Betten.

Das „Senator-Gruenwaldt-Haus" hat für den neuerworbenen Teil im Parterre geräumige Tagesräume, Spiel- und Speisezimmer. Bei ihm wird am Eingang, wie an der alten Anstalt, ein heizbarer Stiefelraum (zum Wechseln des schmutzigen Schuhzeuges) eingebaut. Im 1. und 2. Stock befinden sich Stationen mit je 23 Betten; von dort aus wie auch vom Parterre besteht ein direkter Zugang zu den beiden Liegehallen. Im Dachgeschoß ist ein Turnsaal eingerichtet, Wohnungen für das Personal, ferner für besondere Infektionen Einzelzimmer.

Im „Südhaus", das durch die untere halbkreisförmige Liegehalle in direkter, gedeckter Verbindung mit dem „Senator-Gruenwaldt-Haus" steht, ist



„Senator-Gruenwaldt-Haus" mit den beiden Liegehallen



Speisesaal



Turn- und Spielplatz im Winter



Senator-Gruenwaldt-Haus, Liegehallen und Südhaus

durch dreifachen Aufgang eine strenge Dreiteilung des Gebäudes erzielt worden:

Parterre: Arzträume, Röntgenzimmer mit Dunkelkammer, Laboratorium und eine Station mit 15 Betten.

1. Stock: Offene Tb.-Station mit eigener Liegehalle, zwei große Tagesräume und Behandlungszimmer.

2. Stock: Infektionsabteilung für eingeschleppte Infektionen.

Die ehemalige Arztvilla enthält eine weitere Station mit 24 Betten.

Das alte Hauptgebäude und die beiden neuen Häuser sind durch die Dorfstraße getrennt, aber in unmittelbarer Nähe voneinander; sie werden zentral bewirtschaftet, haben aber völlig getrennten Dienstbetrieb, eigene Speisesäle, eigene Liegehallen, eigenes Hintergelände. Zu beiden Seiten der Heilstätte erstrecken sich langsam ansteigende Höhenzüge, die in großer Ausdehnung zur Anstalt gehören und einen Teil des Sülzhayner Kessels bilden. Durch diese geschützte Lage, inmitten der schönsten Wälder und Parkanlagen, ist eine milde, gleichmäßige Temperatur gegeben. Auf der Südhöhe schließt ein großer Turn- und Spielplatz, auf der Nordseite eine ausgedehnte Spielwiese das Anstaltsgelände ab.

Die Hamburgische Kinderheilstätte dient der Aufnahme tuberkulös erkrankter Knaben und Mädchen, unter Ausschluß chirurgischer Tuberkulose, vom kleinen Kindesalter bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

Die Behandlung der Kinder, die für drei- bis viermonatliche Kuren überwiesen werden, ist vorwiegend eine klimatische und diätetische. Die Anlage der Anstalt ermöglicht in dieser Beziehung eine reiche Abwechslung.

In erster Linie wird eine allgemeine körperliche Kräftigung erstrebt; ebenfalls werden schonende Abhärtungsmaßnahmen durchgeführt.

Außer den regelmäßigen Liegekuren in den drei getrennten Liegehallen wird durch Turnspiele und Spaziergänge, im Sommer außerdem durch Luft- und Sonnenbäder, für reichlichen Freiluftaufenthalt gesorgt. Spezifische Therapie wird im allgemeinen nicht angewandt. Komplikationen werden nach den bekannten Maßnahmen beseitigt. Genaue klinische Beobachtung nach der körperlichen wie auch nach der psychischen Seite, Anwendung der einschlägigen Laboratoriumsmethoden geben die Grundlage für die Gesamtbeurteilung des Einzelfalles ab.

HAMBURGISCHE KINDERHEILSTÄTTE WYK AUF FÖHR

VON O. TAMM, ANSTALTSLEITER

GESCHICHTE.

Es ist für uns gegeben, kurz die Vorgeschichte der Meeresheilkunde zu streifen. Die Ehre, „das Meer entdeckt“ zu haben, gebührt den Engländern (Russel 1700—1771). An der Kanalküste — später auch in Frankreich — begann man, die Heilwirkung des Meeres vor allem auf alle Erscheinungen der Skrophulo-Tuberkulose zu erproben. Eine Zeit, die von den Ideen Rousseaus beherrscht wurde, bekannte sich gläubig zu den überraschenden Ergebnissen. Es lag auch nahe, sich besonders der Kinder anzunehmen. So kam es zur Gründung des ersten Seehospizes 1792 zu Margate.

1881 stand dann in Wyk auf Föhr ein greiser deutscher Arzt, Professor Beneke, Marburg, und legte mit bewegten Worten den Grundstein zum ersten deutschen Seehospiz — zu unserer heutigen Hamburgischen Kinderheilstätte. Schon nach wenigen Monaten starb Beneke; in jungen Jahren war er Arzt in London und Margate gewesen und hatte eine aussichtsreiche Laufbahn aufgegeben, um der Heimat neues Wissen in der Meeresheilkunde zu bringen. Es gelang ihm hier, in den einflußreichsten Kreisen Interesse zu wecken und den Verein für Heilstätten an den deutschen Seeküsten zu gründen, der bis zur Kriegszeit vier Heilstätten erbaute: in Wyk, Müritz, Norderney und Zoppot. Nach dem Krieg fielen viele Hilfsquellen fort und Zoppot ging verloren; da mußte der Verein die Wyker Heilstätte verkaufen, um die beiden andern Heime zu neuem Leben zu erwecken.

Es lag nahe, daß gerade Hamburg die bedeutsame Idee, die dem Seehospiz zugrunde liegt, erkannte und 1921 auf Anregung von Herrn Präsident Martini das Heim kaufte. Seither erfolgte eine ganz erhebliche Entwicklung: Winterkuren, Zentralheizung, Röntgenstation und eine Fülle moderner Verbesserungen, die die Kinderheilstätte vorbildlich werden ließ.

VERWALTUNG.

Die Kinderheilstätte ist hamburgischer Staatsbesitz; sie wird aber in privatwirtschaftlichem Sinne von einem Ausschuß verwaltet, in dem alle interessierten Behörden unter dem Vorsitz von Herrn Präsident Martini vertreten sind.

CHARAKTER DER HEILSTÄTTE.

Die Möglichkeiten, die sich aus Baulichkeit, Kurmitteln und Belegung ergeben, bestimmen den inneren Aufbau und weisen der Kinderheilstätte einen Platz zwischen Sahlenburg und den vielen Hamburger Erholungsheimen zu.

AUSLESE.

Damit ist der Kinderauslese in Hamburg (Zusammenfassung in der Zentralstelle für Kinderverschickung) eine Norm gegeben. Wyk ist segensreich bei chronischen Katarrhen, Drüsenerkrankungen,



Vorderansicht der drei Häuser von der Seeseite aus



Liegehalle



Badeleben



Tagesraum einer Mädchengruppe





Lesestündchen einer Knabengruppe

extrapulmonaler Tuberkulose, Asthma, allgemeiner Schwächlichkeit, ungenügender Hautreaktion und Entwicklungshemmungen, muß aber bei Herz- und Nervenerkrankungen (Psychopathen) sehr vorsichtig auswählen. Die Kinderheilstätte kann schwer Erkrankte nicht aufnehmen, besonders nicht offene Tuberkulose und fürchtet Bettnässer wegen des besonderen Klimareizes sehr.

KURMITTEL.

Die ärztliche Verantwortung liegt in den Händen eines Wyker Badearztes, der zu täglichem Besuch verpflichtet ist.

Der Arzt bestimmt Liegekuren, Höhensonnen- und Solluxbestrahlungen, Luft- und Sonnenbäder, Seebäder, Lebertran, besondere Pflege; ihm stehen als besondere Hilfsmittel eine Röntgenstation und ein Laboratorium für Blutuntersuchungen u. ä. zur Verfügung.

Unerschöpflich sind die Heilfaktoren von Sonne, Wind und Wasser; und ihre Dosierung erfordert die ganz Aufmerksamkeit aller Angestellten.

Es ist eine schwere, aber doch ungeheuer bedeutsame Aufgabe, die Heilfaktoren des Klimas in ihrer Wirkung auf das kranke Kind zu erforschen, um dadurch dem Kinde und der Allgemeinheit zu dienen. Dieser Forschung wenden sich die Wyker Ärzte in Verbindung mit namhaften Gelehrten und in Zusammenarbeit auch mit der Hamburgischen Kinderheilstätte seit Jahren mit allem Ernst zu. Pfingsten 1928 wurde ein Forschungsinstitut eingeweiht als: Bioklimatische Forschungsanstalt der Deutschen Gesellschaft für Meeresheilkunde, Abteilung Nordsee.

KURZEITEN.

Das Arbeitsjahr der Kinderheilstätte umfaßt zwei Winterkuren (100 Kinder) Januar bis April, drei Sommerkuren (270 Kinder) April bis Oktober und eine Herbstkur (200 Kinder) Oktober-November. Jede Kurzeit läuft rund 50 Tage. Der Dezember ist Ferienmonat für die Angestellten und gibt den Handwerkern die Möglichkeit für umfassende Arbeiten.

In der Regel kommen Hamburger Kinder; die Zusammenarbeit mit der L.V.A. der Hansestädte und der Oberpostdirektion aber bringt auch Gäste aus andern Städten.

KURERFOLGE.

Wetter, Jahreszeit und Kinderauslese bedingen Schwankungen in den Kurerfolgen. Als Durchschnitt läßt sich festhalten, daß die Gewichtszunahmen 6 bis 7 v. H. und das Längenwachstum fast 1 cm in der Kurzeit beträgt.

Es erholten sich dabei (Jahresdurchschnitt)

sehr gut	40,1 v. H.	genügend ..	10 v. H.
gut	36,1 „	ungenügend .	0,8 „

Kurverlängerung ...... 13 v. H.

INNERER AUFBAU.

Es gilt, in Wyk 270 Kinder so zu betreuen, daß nicht nur die körperliche Erholung gewährleistet wird, sondern auch eine wertvolle erziehliche Beeinflussung erfolgen kann. Dazu werden möglichst kleine Gruppen gebildet, die mit ihrer Gruppenmutter (Kindergärtnerinnenpraktikantinnen) zu einer Einheit verwachsen sollen. Zwei Jugendleiterinnen führen im großen Haupthause je eine Jungen- und Mädchenstation. Von den Jugendleiterinnen hängt in erheblichem Maße ab, ob der Geist unter den Gruppenmüttern ein aufbauender, opferbereiter ist. — In zwei Nebenhäusern führen drei Sondergruppen unter drei erfahrenen Kindergärtnerinnen in vielem ein ruhiges Sonderleben. Durch eine dritte Jugendleiterin wird die Verbindung mit dem Haupthause hergestellt; diese dritte selbständige Kraft verwaltet auch die Zeugkammer und führt die Eßsaalaufsicht des Haupthauses. In der Verbandsstation und im Isolierhaus sind je eine Schwester und eine Praktikantin tätig. Dazu kommen eine Turnlehrerin und eine technische Assistentin.

In der Wirtschaftsabteilung stehen eine Küchenleiterin, eine Wäschereileiterin und eine Hausbeamtin selbständig nebeneinander. Ihnen stehen sieben Wirtschaftspraktikantinnen und zwölf Hausangestellte für den Arbeitskreis der Wirtschaft zur Seite.

Garten und Viehhaltung werden von zwei Männern betreut, die Heizung von einem dritten.

FORTGESETZTE FÜRSORGE.

Was sich in Wyk offenbart an körperlicher oder sozialer Not oder an Gefahren für ein Kind, wird nach Hamburg mitgeteilt und dort zu ändern gesucht durch die ärztliche Fürsorge oder durch die Sonderfürsorge der Wohlfahrtsbehörde in Verbindung mit der Jugendbehörde. Es ist zudem von allergrößtem Wert, die Kurerfolge zu erhalten und zu festigen durch Maßnahmen der fortgesetzten Fürsorge.

HAUSHALT.

Die Grundlage des Haushalts ist das Kostgeld (zur Zeit Rm. 3.—) als alleinige Einnahmequelle. Fast 50 v. H. der Einnahme gelten für die Verpflegung; Viehhaltung und Gartenbau helfen hierbei erfreulich. Die Erhaltung und Verbesserung von Inventar und Gebäuden erfordern große Aufwendungen. Neuerdings will die Stadt Wyk die Kurtaxe um etwa 200 v. H. erhöhen, so daß die Heilstätte hierdurch eine Belastung von rund Rm. 6500.— erfährt, mit Gemeindesteuern rund Rm. 7000. —.

NERVENHEILSTÄTTE „EICHENHAIN"

VON DR. MED. ARNOLD LIENAU

DIE Klinik ist im Sinne des Gesetzes eine geschlossene Anstalt mit offener Abteilung. Mit drei Betten am 1. November 1875 von Fräulein *Auguste Alfeis* gegründet und allmählich erweitert, wurde die Privatklinik im Jahre 1901 von mir auf Anregung meines derzeitigen Chefs, Herrn *Prof. Wollenberg*, übernommen. Sie wurde modernisiert, im Jahre 1902, 1904 und 1905 durch Um- und Neubau sowie Zukäufe von Grundstücken erheblich erweitert und besteht jetzt aus einem etwa 12000 qm großen Grundbesitz mit drei Gebäuden und einem großen, mit alten schönen Bäumen geschmückten Park, der zwischen der Eichenstraße und der Straße „Am Weiher" liegt. Gegenüber der Anstalt befindet sich ein großer städtischer Park.

Für die Aufnahme bedarf es eines ärztlichen Attestes; das gesetzlich vorgeschriebene Physikatsattest wird nach der Aufnahme in die Anstalt veranlaßt. Freiwillige Pensionäre, deren Zahl eine verhältnismäßig große ist, müssen sich schriftlich mit der Aufnahme einverstanden erklären; eine Physikatsuntersuchung findet dann nicht statt. Es finden alle Formen von psychischen und nervösen Erkrankungen Aufnahme. Neben akuten Krankheitsformen, deren Aufnahme bei der günstigen, städtischen Lage die Mehrzahl bildet, werden auch unheilbare Kranke aufgenommen, wenn sie in das Milieu passen. Entziehungskuren werden auch durchgeführt.

Der Krankenbestand setzt sich nur aus Damen und Herren der gebildeten Stände zusammen. Es stehen 25 Einzelzimmer zur Verfügung. Die Kranken werden auf voneinander getrennten und in sich abgeschlossenen Abteilungen verpflegt.

Für die Behandlung kommt in erster Linie die



Privatklinik „Eichenhain"

Ansicht von Nordosten

Psychotherapie in Betracht; selbstverständlich wird dieselbe vereinigt mit einer gründlichen hygienischen und diätetischen Behandlung. Bäder, prolongierte Bäder und hydrotherapeutische Maßnahmen aller Art finden Anwendung. Gelegentlich wird der elektrische Strom, Massage und Gymnastik verwendet. Viel Gewicht legen wir auf Bettruhe und Liegekuren im Freien. Daneben werden selbstverständlich medikamentöse und roborierende Verfahren sowie Mastkuren in geeigneten Fällen verordnet. Besonderer Wert wird der Beschäftigungstherapie beigemessen.

In Verbindung mit der Anstalt wird ein Gut von etwa 750 Morgen in der Nähe Hamburgs bewirtschaftet derart, daß dort eine ausgedehnte Viehwirtschaft, ein großer Obst- und Gemüsegarten und ein größeres Gewächshaus die Anstalt mit ihren Produkten versorgen. Ausflüge zu dem Gute, zu dem auch ein großer Wald gehört, bieten den Kranken genußreiche Stunden. Es besteht die Absicht, den Gutsbetrieb für die Beschäftigung und Behandlung der Kranken weiter auszubauen. Die Entfernung des Gutes von der Anstalt beträgt im Automobil eine halbe Stunde.



Peinerhof bei Pinneberg (Gut der Nervenheilstätte „Eichenhain“ in Hamburg)

Kartenübersicht der bis hierher genannten Kranken-, Irren- und Entbindungsanstalten in der Stadt Hamburg



DIE GESUNDHEITSFÜRSORGE-ARBEITS-GEMEINSCHAFT (GEFAG)

VON PHYSIKUS DR. MED. KURT HOLM, GESUNDHEITSBEHÖRDE, UND OBERINSPEKTOR HANNA DUNKEL, WOHLFAHRTSBEHÖRDE

DIE moderne Medizin hat sich in ihrer Entwicklung von der alleinigen Behandlung der Krankheiten immer mehr der Vorbeugung zugewendet. Diese Vorbeugung ist nicht bei der Abwehr drohender Krankheiten durch die Maßnahmen der allgemeinen und persönlichen Hygiene stehengeblieben, sondern sie ist weiter dazu übergegangen, ganz allgemein die Kräftigung und Widerstandserhöhung des Körpers anzustreben. Der alte Hausarzt, der zum Teil früher diese Ziele bei den betreuten Familien nach den Anschauungen seiner Zeit beobachtete, ist für die breite Masse des Volkes geschwunden, als die zunehmende Anhäufung in den Großstädten die gesundheitlichen Gefährdungen wachsen ließ und dringend nach entsprechender vorbeugender Pflege verlangte. Etwa seit Beginn des Jahrhunderts entstanden Einrichtungen vorbeugender Gesundheitspflege, erst langsam, dann rascher zunehmend und seit dem Kriege in fast sprunghafter Entwicklung. Es heißt der Geschichte dieses Zweiges der Gesundheitspflege gerecht werden, wenn man offen zugibt, daß die ersten Einrichtungen auf diesem Gebiete zurückgehen auf die Initiative einzelner Persönlichkeiten und privater Vereine und Verbände, die ihre Ausgaben lediglich aus privaten Spenden bestritten. Diesen Vereinen und Verbänden folgten die Versicherungsträger unter Erweiterung ihrer freiwilligen Leistungen, und schließlich haben auch staatliche Stellen, Länder und Kommunen sich dieser gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben in größerem Umfange angenommen. Heute liegen die Verhältnisse so, daß keine Gesundheitsbehörde mehr an den Anforderungen dieses großen Gebietes der allgemeinen Gesundheitsfürsorge vorübergehen kann, und Tatsache ist, daß wohl überall im Deutschen Reiche, wo staatsseitig Gesundheitspflege betrieben wird, das wichtige Gebiet der Gesundheitsfürsorge einen recht breiten Raum einnimmt. In großen Zügen ist die Entwicklung hier also eine ganz ähnliche, wie man sie auch auf dem Gebiete der Wohlfahrts- und dem der Jugendfürsorge feststellen kann.

Diese Entwicklungsgeschichte der Gesundheitsfürsorge bringt bei aller Anerkennung, die man den Pionieren dieses Arbeitsgebietes zollen und denen man für die überlieferten Erfahrungen danken muß, als Nachteil doch eine recht erhebliche Unübersichtlichkeit mit sich. Die Notwendigkeit und der Wille zum Zusammenschluß auf diesem Gebiete gleichsinnig arbeitender Einrichtungen wurden daher auch immer deutlicher und haben besonders in den Kreisen der Landesversicherungsanstalten an zahlreichen Stellen eine gewisse Lösung gefunden. Bereits seit dem Jahre 1920 sind in den Bezirken verschiedener Landesversicherungsanstalten Arbeitsgemeinschaften gegründet worden, die sich die Förderung der den einzelnen Versicherungsträgern gesetzlich obliegenden oder von ihnen freiwillig übernommenen Aufgaben zum Ziele setzen. Meist ist die Zusammensetzung so, daß die Versicherungsträger mit den Vertretern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege gemeinsam an der Lösung der vorgenannten Aufgaben beteiligt sind. Für die Versicherungsträger ist neuerdings eine Grundlage geschaffen durch das Reichsgesetz vom 28. Juli 1925 über Ausbau der Angestellten- und Invalidenversicherung und über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung, das im Abschnitt C vorsieht, daß die Reichsregierung nach Anhörung der Versicherungsträger und der Ärzte oder ihrer Spitzenorganisationen Richtlinien erlassen kann, die — über die eigentliche Sonderaufgaben der Versicherungsträger hinausgehend — das Zusammenwirken der Träger der Versicherungen untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der sozialen Hygiene regeln sollen.

In Hamburg ist die staatliche Initiative schon früh in Erscheinung getreten, und sie hat den Anstoß zum Zusammenschluß gebracht; vorher bestand bereits die Säuglingsfürsorge (Sieveking). Hier hat schon längere Zeit, nämlich seit dem Ende des Jahres 1921, eine Fürsorge-Arbeitsgemeinschaft (F.A.G.), allerdings auf anderer Grundlage, bestanden. Sie setzte sich zusammen aus Vertretern der Gesundheits-, Wohlfahrts- und Jugendbehörde, des Landesverbandes für Volksgesundheitspflege, der Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz und des Ausschusses für Säuglings- und Kleinkinderanstalten. Bis zur Inflationszeit gehörte auch die Allgemeine Ortskrankenkasse dieser Fürsorge-Arbeitsgemeinschaft an. Im übrigen war mit den in der damaligen Fürsorge-Arbeitsgemeinschaft nicht vertretenen Versicherungsträgern in Einzelfällen ein gutes und verständnisvolles Zusammenarbeiten zu verzeichnen. Der grundlegende Gedanke dieser

Arbeitsgemeinschaft war die Angleichung der Arbeitsgebiete aneinander und ihre zweckmäßige Abgrenzung zur Vermeidung von Doppelbetreuungen und unnötiger Verwaltungsausgaben. Daß sich hierbei die Behörden in besonderem Maße zur Mitarbeit für die gemeinsamen Aufgaben interessierten, geschah nicht nur aus der richtigen Erkenntnis von der Bedeutung der sozialen Hygiene, sondern ganz allgemein von allen drei beteiligten Behörden folgerichtig in Ausführung der ihnen übertragenen sozialen Aufgaben, die nicht mehr allein der Initiative privater Stellen oder einzelner Gruppen von Versicherungsträgern überlassen werden konnten. Die Durchführung der gemeinschaftlichen Aufgaben wurde so angefaßt, daß unter Wahrung der Initiative jedes einzelnen in der gemeinsamen Arbeit gegenseitige Förderung gesucht und gefunden wurde, an Stelle der meist bei solchen Einrichtungen gefürchteten und hemmenden Zuständigkeitsstreitigkeiten. Folgerichtig trat daher nach und nach von allen Seiten der Wunsch in Erscheinung, auch in grundsätzlichen Fragen ein engeres Zusammenarbeiten der verschiedenen Stellen herbeizuführen. Nach eingehenden Vorberatungen wurde im September 1927 die Gesundheitsfürsorge-Arbeitsgemeinschaft (GEFAG) gebildet. Zu dieser gehören die an der Durchführung der offenen Gesundheitsfürsorge beteiligten Behörden:

Gesundheitsbehörde,
Jugendbehörde,
Wohlfahrtsbehörde,

die Versicherungsträger:

Landesversicherungsanstalt d. Hansestädte, Lübeck,
Vereinigung der Krankenkassen Groß-Hamburgs,
Verband der Betriebskrankenkassen in Hamburg,

und die der Gesundheitsfürsorge dienenden freien Verbände:

Landesverband für Volksgesundheitspflege,
Landeszentrale für Säuglings- u. Kleinkinderschutz,
Ausschuß für Kinderanstalten und
Verein für Krüppelfürsorge.

Als Aufgabengebiete der GEFAG kommen zunächst in Frage:

- die Tuberkulosefürsorge,
- die Heil- und Genesungsfürsorge für Kinder und Jugendliche,
- die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge,
- die Krüppelfürsorge,
- die Fürsorge für Trinker und sonstige Süchtlinge,
- die Geschlechtskrankenfürsorge.

Die GEFAG will für eine planmäßige Erfassung der gesundheitlich gefährdeten Bevölkerung sorgen und zur Vermeidung von Doppelarbeit enge Fühlungnahme und einheitliches Vorgehen im Ausbau der Gesundheitsfürsorge sichern und bestehende Einrichtungen fördern und ausgestalten.

Die Erledigung der Aufgaben erfolgt durch die Vollversammlung und den Arbeitsausschuß. Die Geschäftsstelle befindet sich in der Gesundheitsbehörde. Die Geschäftsführung liegt bei der Wohlfahrtsbehörde. Die unmittelbar fürsorgerische Arbeit wird in erster Linie von den bei den freien Verbänden angestellten Fürsorgerinnen ausgeübt. Die Behörden und Versicherungsträger übernehmen gemeinsam die Verwaltungskosten, die den freien Verbänden in Ausübung der Fürsorge entstehen. Die Aufwendungen für die eigentlichen Fürsorgeleistungen verteilen sich nach den für die Einzelgebiete aufgestellten Richtlinien. Sie sind bedingt durch die gesetzmäßige oder satzungsmäßige eigene Verantwortung der Mitglieder, die durch den Beitritt zur GEFAG nicht berührt werden. Die gemeinsame Arbeit ist inzwischen in Angriff genommen worden, und das von allen Mitgliedern bekundete Interesse und die Bereitschaft zur tatkräftigen Mithilfe lassen hoffen, daß auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge in Hamburg so planmäßig und erfolgreich wie nur möglich gearbeitet wird.

Hierfür geben folgende im ersten halben Jahre des Bestehens der GEFAG bearbeiteten Fragen einen ungefähren Überblick:

1. Tuberkulosen-Fürsorge.

Die Anstellung eines hauptamtlichen, einheitlich arbeitenden Fürsorgearztes im Landgebiet ist auf Betreiben und mit Unterstützung der GEFAG geschehen. Die Vereinigung der Krankenkassen Groß-Hamburgs ist gebeten worden, ihren Kopfbeitrag auf 5 Pf. jährlich zu erhöhen, und die Betriebskrankenkassen sind um eine Zuschußleistung in gleicher Höhe gebeten worden, der sie ab November 1927 entsprochen haben.

2. Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche.

Die Landesversicherungsanstalt hat im Geschäftsgang der Zusammenarbeit mit der Zentralstelle für Kinderverschickung dadurch eine Vereinfachung herbeigeführt, daß sie sich durch Hergabe einer Pauschale in Höhe von drei Zehntel der Gesamtkosten nach Abzug der Zuschüsse der übrigen Versicherungsträger bis zur Höhe von Rm. 400 000.— jährlich ab 1. April 1928 beteiligt. Diese Form der Beihilfe ist ein besonders schönes Beispiel für praktische Zusammenarbeit, da hierdurch unter Wahrung der Rechte der L.V.A. jede unnötige Schreib- und Verwaltungsarbeit unter Ersparung recht erheblicher Summen vermieden wird. Derartige Pauschalüberweisungen, wie es auch die obengenannten Kopfbeiträge der Krankenkassen zur Tuberkulosen-Für-

sorge sind, können geradezu als vorbildlich bezeichnet werden. — Der Verband der Betriebskrankenkassen hat einheitliche Richtlinien bezüglich Kurdauer usw. in Bearbeitung genommen.

3. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Die Vereinigung der Krankenkassen Groß-Hamburgs beteiligt sich ab 25. Oktober 1927 durch Zuschüsse an der Erholungsfürsorge für Kleinkinder. Der Ausschuß für Kinderanstalten ist beauftragt, genaue Vorschläge für die Einrichtung von neuen Erholungsheimen für Kleinkinder zu machen. Die Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz hat auf Anregung der GEFAG zur Schaffung neuer Beratungsstellen mit der staatlichen Beleihungskasse Verbindung aufgenommen. Die Weiterverteilung des Buches „Unser Kind und seine Pflege" durch die Standesämter ist durch eine Beihilfe von Rm. 3500.— seitens der Behörden und Versicherungsträger sichergestellt worden.

4. Krüppelfürsorge.

Die Schaffung eines Hamburger Krüppelheimes und die Anstellung eines hauptamtlichen Arztes für die Krüppelfürsorge werden für nötig erachtet; informatorische Besichtigungen haben stattgefunden, und die Bearbeitung entsprechender Anträge zur Finanzierung und Bewilligung ist in Angriff genommen. Ein erheblicher Kostenzuschuß ist von einer Seite auch schon in Aussicht gestellt.

5. Krankenhausfürsorge.

Eine Unterstützung der Krankenhausfürsorge durch die GEFAG wird grundsätzlich für notwendig erachtet und um Kostenbeteiligung der Versicherungsträger gebeten, von denen zum Teil schon ab 1. Januar 1928 Beihilfen hierfür eingehen.

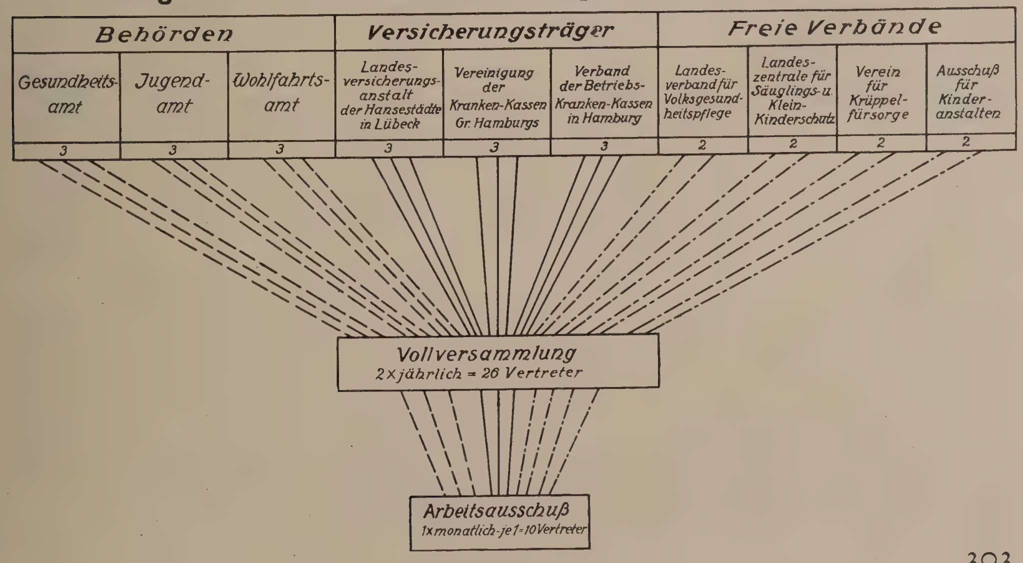
6. Trinkerfürsorge.

Die zusammengefaßte Trinkerfürsorge soll zum Ausbau ihrer Arbeit künftig erhöhte Zuschüsse bekommen. Ab 1. Januar 1928 haben die Landesversicherungsanstalt, die Allgemeine Ortskrankenkasse und die Wohlfahrtsbehörde ihre Beträge verdoppelt.

7. Schulzahnpflege.

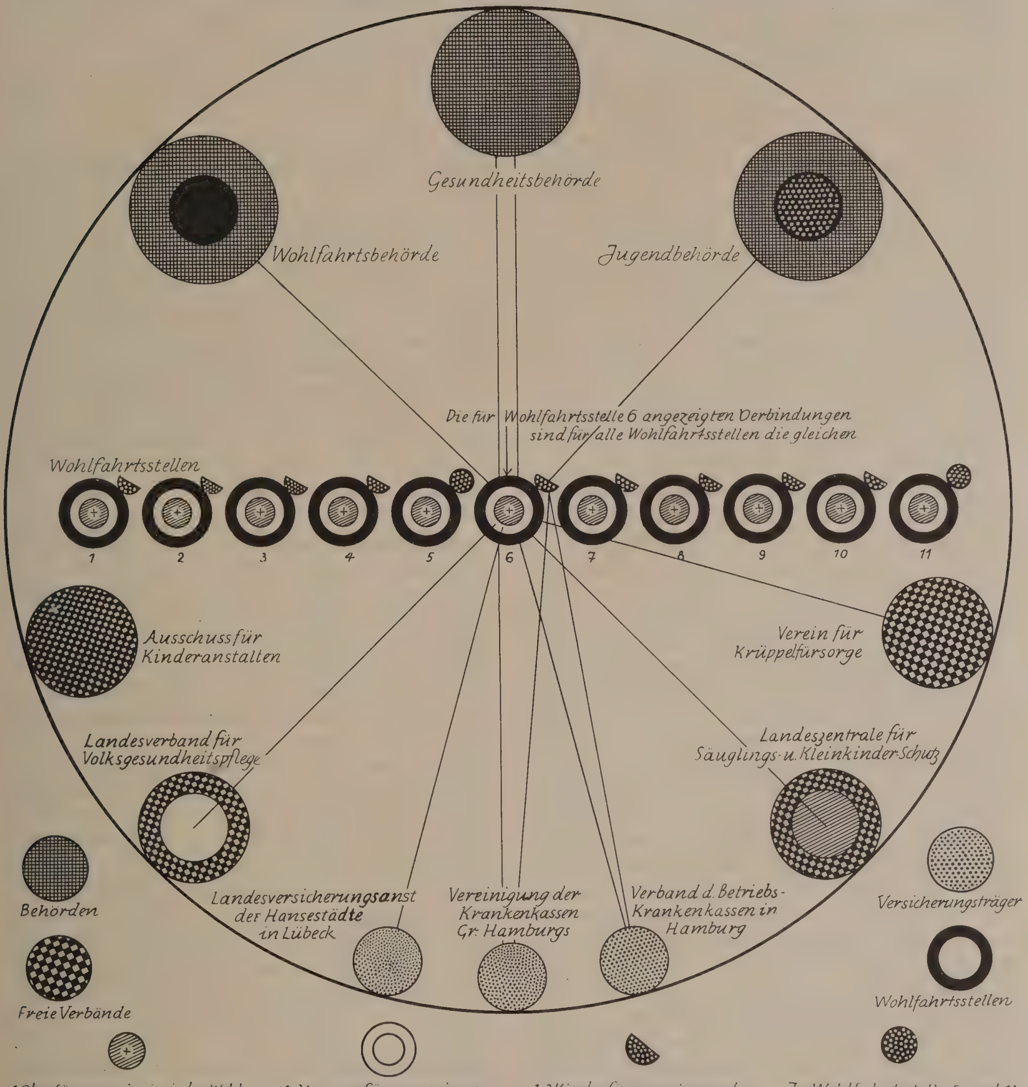
Zur vollständigen Durchsanierung aller hamburgischen Schulkinder ist eine mitarbeitende und geldlich unterstützende Hilfe der Versicherungsträger nötig. Die hierfür grundlegenden Nachweisungen und Verbesserungen sind in Bearbeitung genommen.

Wenn durch vorstehende Ausführungen ein kurzer Einblick in die Tätigkeit der GEFAG im letzten halben Jahre gegeben worden ist, so sei zum Schluß nur darauf hingewiesen, daß bei allen diesen gemeinsamen Aufgaben immer gegenseitige Förderung unter Vereinfachung der Arbeit und unter Verringerung der Kosten zum Nutzen der dadurch für die Sachleistungen freiwerdenden Mittel angestrebt wird. Wie sehr bei dieser Arbeit der eine sich auf den andern stützt und sich sogar weitgehend von ihm vertreten läßt, geht hervor aus den beigegebenen drei tabellarischen Übersichten, die die Mitgliederzusammensetzung der GEFAG, ihren Fürsorgeaußendienst und ihre Etatsübersichten wiedergeben.



Bisherige Aufgabengebiete	Ausführende Organe	Aufbringung der Mittel
Tuberkulosenfürsorge	Hamburgischer Landesverband für Volksgesundheitspflege	1927 Gesamtetat . . . . 429 000 Rm. Staat: durch die Gesundheitsbehörde (Betriebsmittel) . . . . 130 000 Rm. durch die Wohlfahrtsbehörde (Heilstättenkuren für Erwachsene) . . . . 92 000 „ Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für Betriebsmittel . . . . 75 000 Rm. für Ernährungskuren . . . . . . 20 000 Rm. 95 000 „ Allgemeine Ortskrankenkasse . . . . 23 000 „ Sonstige Krankenkassen . . . . 3 000 „ Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose . . . . 11 000 „ Private Spenden . . . . 75 000 „ 429 000 Rm.
Heil- und Genesungsfürsorge für Kinder und Jugendliche	Zentralstelle für Kinderverschickung beim Hamburgischen Landesverband für Volksgesundheitspflege . .	1927 Gesamtetat . . . . 1 409 364 Rm. Staat: durch die Wohlfahrtsbehörde . . . . 985 000 Rm. Landesversicherungsanstalt der Hansestädte 95 000 „ Reichsversicherungsanstalt für Angestellte . 32 345 „ Allgemeine Ortskrankenkasse . . . . 25 940 „ Sonstige Kassen . . . . 100 079 „ Elternbeiträge . . . . 171 000 „ 1 409 364 Rm. Außerdem hat die Landesversicherungsanstalt im Jahre 1927 für den Kuraufenthalt von Hamburger Waisenrentenempfängern und die Dauerpflege von erholungsbedürftigen Waisenkindern insgesamt 21 380 Rm. aufgewandt, ferner die Allgemeine Ortskrankenkasse für Entsendungen in eigene Heime 254 000 Rm.
Säuglings- und Kleinkinderfürsorge	Landeszentrale Hamburg der deutschen Vereinigung für Säuglings- u. Kleinkinderschutz, Jugendbehörde . .	1927 Gesamtetat . . . . 428 000 Rm. Staat: durch die Gesundheitsbehörde . . . . 240 000 Rm. durch die Wohlfahrtsbehörde . . . . . 112 000 „ Allgemeine Ortskrankenkasse . . . . 12 000 „ Betriebskrankenkassen . . . . 2 000 „ Private Spenden . . . . 62 000 „ 428 000 Rm.
Krüppelfürsorge	Wohlfahrtsbehörde, Verein für Krüppelfürsorge	Gesamtetat des Vereins für Krüppelfürsorge 1927 . . . . 142 000 Rm. Staatszuschuß: durch die Gesundheitsbehörde 81 000 Rm. Einmalige Reichsmittel: durch die Wohlfahrtsbehörde . . . . 19 000 „ Einnahmen aus den Werkstätten . . . . 29 000 „ Geschenke und Mitgliederbeiträge . . . . 2 050 „ Nachlaßaufwertung . . . . 10 950 „ 142 000 Rm. Ausgaben der Wohlfahrtsbehörde für Eintreten in Einzelfällen mit klinischer und ambulanter Behandlung, Bewilligung von orthopädischen Gegenständen, Anstaltsunterbringung usw.
Trinkerfürsorge	Wohlfahrtsbehörde in Arbeitsgemeinschaft mit den alkoholgegnerischen Verbänden	Gesamtetat der Arbeitsgemeinschaft für 1927 . . . . 13 000 Rm. Staat: durch die Wohlfahrtsbehörde . . . . . 6 000 Rm.[1] Allgemeine Ortskrankenkasse . . . . 4 000 „ [1] Landesversicherungsanstalt der Hansestädte 3 000 „ [1] 13 000 Rm. Außerdem Eintreten der Wohlfahrtsbehörde bei Anstaltsunterbringung zum Zwecke der Heilung (staatliche Trinkerheilstätte Farmsen) oder Verwahrung. [1] Für 1928 Verdoppelung der Beträge vorgesehen.
Geschlechtskrankenfürsorge	Gesundheits-, Jugend-, Wohlfahrts- und Polizeibehörde	Die Kosten verteilen sich bei den beteiligten Behörden auf verschiedene Ansätze.
Krankenhausfürsorge	Rotes Kreuz	Gesamtetat 1927 . . . . 30 000 Rm. Staat: durch die Wohlfahrtsbehörde . . . . . 25 000 Rm. Private Spenden . . . . 5 000 „ 30 000 Rm. Ab 1. Januar 1928 beteiligen sich die Landesversicherungsanstalt mit einem jährlichen Beitrag von 2500 Rm. und der Staat mit einem auf 30 000 Rm. erhöhten Beitrag.

Gesundheits-Fürsorge-Arbeits-Gemeinschaft-(Außendienst)



1 Oberfürsorgerin in jeder Wohlfahrtsstelle mit einem Kreis von 6-15 Bezirksfürsorgerinnen

1-3 Lungenfürsorgerinnen in jeder Wohlfahrtsstelle

1-3 Kinderfürsorgerinnen der Jugendbehörde im Bereich jeder Wohlfahrtsstelle tätig

In Wohlfahrtsstelle 5 und 11 je 1 Aussenstelle der Jugendbehörde eingerichtet

Den Außendienst versehen:

Die Fürsorgerinnen des Jugendamts
für das Jugendamt
für die Wohlfahrtsbehörde (wirtschaftliche Fürsorge für uneheliche Kinder, Pflegekinder und Schutzaufsichten)
für die A. O. K. Hamburg (Stillkontrolle bei unehelichen Müttern)
für die Betriebskrankenkasse (Stillkontrolle bei unehelichen Müttern)

Die Fürsorgerinnen der Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz
für die Landeszentrale (Mütter-, Säuglings-, Kleinkinderberatung und Fürsorge)
für die Wohlfahrtsbehörde (wirtschaftl. Fürsorge in Familien m. Kindern, Erholungsfürsorge, Speisungsdienst, Wochenfürsorge)
für die A. O. K. } Stillkontrolle
für die Betriebskrankenkasse } Stillkontrolle

für den Verein für Krüppelfürsorge (Überwachung von Krüppelkindern)
Die Fürsorgerinnen des Landesverbandes für Volksgesundheitspflege
für den Landesverband (Lungenfürsorge)
für das Wohlfahrtsamt (wirtschaftliche Fürsorge für Lungenkranke, Erholungsfürsorge)
für die L. V. A. Lübeck (Durchführung von Heilverfahren)

Die für Wohlfahrtsstelle 6 angezeigten Verbindungen sind für alle Wohlfahrtsstellen die gleichen.

DIE LANDESZENTRALE HAMBURG DER DEUTSCHEN VEREINIGUNG FÜR SÄUGLINGS- UND KLEINKINDERSCHUTZ E.V.

VON DR. H. MEYER-DELIUS

NACHDEM die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz gegründet war, wurde als eine ihrer ersten Landeszentralen am 13. Juli 1909 die Landeszentrale Hamburg gebildet. Sie wollte alle Bestrebungen des Säuglings- und Mutterschutzes in Hamburg zusammenfassen und fördern, soweit sie privater Initiative entsprangen. In der praktischen Säuglingsfürsorge waren zwei Richtungen vertreten: die Säuglingsmilchküchen, an deren Ausgabestellen ärztliche Beratungsstunden angegliedert worden waren, und in grundsätzlichem Gegensatz hierzu die von Kinderärzten in einzelnen Stadtteilen im modernen Sinne eingerichteten Mütterberatungsstellen, die auf die Propaganda des Stillens entscheidenden Wert legten. Wohl in keiner Großstadt hatte der Milchküchengedanke eine so große praktische Auswirkung erfahren wie in Hamburg: die erste Milchküche Deutschlands war die 1889 auf der Uhlenhorst gegründete Milchküche der St.-Gertrud-Gemeindepflege; 1901 wurde in der Winterhuder Gemeinde ebenfalls eine Milchküche eingerichtet; 1904 bildete sich der Verein Säuglingsmilchküchen der Patriotischen Gesellschaft, der mit einer Reihe großer leistungsfähiger Zentralküchen das ganze Stadtgebiet mit zahlreichen Ausgabestellen überzog; eine Stillpropaganda wurde hier zunächst nicht getrieben. Erst als der Einfluß der modernen Kinderheilkunde in Gestalt der erwähnten, seit 1907 entstehenden Säuglingsfürsorgestellen sich geltend machte, paßte sich die Arbeit der Milchküchen allmählich deren Arbeitsweise an. Doch blieb ein verständlicher Gegensatz zwischen beiden Richtungen bestehen, auch als sie in der neu gegründeten Landeszentrale zusammengefaßt wurden, der sogar, da sich der kinderärztliche, auf vorbeugende Beratung aufbauende Standpunkt als der richtige durchsetzte, 1918 zu einer Trennung in der Leitung der Säuglingsfürsorge und der „patriotischen" Milchküchen führte und schließlich, da eine reibungslose Einordnung der Milchküchen nicht erzielt werden konnte, in dem Inflationsjahr 1921 das Ende der Milchküchen besiegelte.

Die Durchführung einer systematischen offenen Fürsorge für alle ehelich geborenen Säuglinge war das erste große Gebiet praktischer Betätigung der Landeszentrale. Ärztliche Beratungsstunden in allen Stadtteilen wurden eingerichtet und Fürsorgerinnen (damals Schwestern) angestellt, die die neugeborenen Kinder aufzusuchen und die Durchführung der ärztlichen Ratschläge in weiteren Hausbesuchen zu beaufsichtigen hatten. Da die Mitgliederbeiträge und auch der Ertrag eines großen Blumentages 1911, dessen Hauptteil zur Förderung des Baues eines modernen Säuglingsheimes hergegeben wurde (Hamburger Säuglingsheim e. V., Hochallee 1), zur Bestreitung der laufenden Ausgaben nicht ausreichten, wurde von 1911 ab ein Staatszuschuß erbeten und in allmählich steigender Summe durch das Budget des Gesundheitsamtes (damals Medizinalkollegiums) bewilligt. Rein gesundheitsfürsorgerisch gedacht und von Ärzten angeregt und durchgeführt, gehörte zweifellos die Arbeit der Landeszentrale zum Ressort des Gesundheitsamtes. Völlig unabhängig von dieser den ehelichen Kindern zugedachten Fürsorge hatte sich beim Jugendamt ebenfalls eine Säuglingsfürsorge entwickelt. Den Vorläufern des Jugendamts (Waisenhauskollegium, seit 1910 Behörde für öffentliche Jugendfürsorge) war in den Gesetzesetappen von 1897, 1907 und 1910 die Aufsicht und die Befürsorgung aller unehelich geborenen Kinder und der Kostkinder übertragen worden; es hatte seit 1905 für die ihm anvertrauten Kinder des ersten und zweiten Lebensjahres regelmäßige ärztliche Kontrolle und Beaufsichtigung durch „Kinderpflegerinnen" eingeführt. Infolgedessen bestehen auch heute noch in Hamburg zwei völlig getrennt voneinander arbeitende Organisationen der Säuglingsfürsorge, die nach der klaren Abgrenzung des Schützlingskreises ohne Reibungen nebeneinander tätig sind.

In der Vorkriegszeit unternahm die Landeszentrale einen vergeblichen Versuch, Einfluß auf die dringend reformbedürftigen Krippen zu gewinnen. Erst als die finanzielle Selbständigkeit der Träger in der Kriegs- und Inflationszeit dahinschwand, konnten erneute Reformversuche durchdringen, die von einem Verein ausgingen, der 1915 zum Zwecke der Durchführung moderner pädagogischer Gesichtspunkte in den Warteschulen gegründet war, der seine Reformen dann auch auf das hygienische Gebiet und damit auch auf die Krippen ausdehnte. Diesem privaten Verein, der sich seit 1918 Ausschuß für Säuglings- und Kleinkinderanstalten (jetzt Aus-

schuß für Kinderanstalten) nannte, gliederten sich in der Folgezeit auch die Kindergärten, die Horte, das Hamburger Säuglingsheim und das Mütterheim an, so daß er zur Spitzenorganisation der privaten Anstaltsfürsorge für die Jugend und zum Vermittler für die notwendigen Staatszuschüsse wurde. Er wurde, als 1921 die Aufsicht über die Krippen usw. der Behörde für Jugendfürsorge gesetzlich übertragen wurde, dieser Behörde, also dem heutigen Jugendamt, unterstellt. Landeszentrale und Ausschuß bilden somit zwei Schwestervereine, deren Arbeitsgebiet nach offener und Anstaltsfürsorge getrennt ist, die verschiedenen Behörden unterstehen, in der praktischen Zusammenarbeit aber freie Hand haben.

Die offene Fürsorge der Landeszentrale für die ehelich geborenen Säuglinge und deren Mütter wurde durch die Einführung des Stillgeldes nach Kriegsausbruch gefördert. Alle Krankenkassen übertrugen zunächst die Stillkontrolle den Organen der Landeszentrale. Später freilich stellten einzelne Kassen eigene Schwestern für diesen Zweck an, und da gerade diese in der zusammenfassenden Neubildung der Allgemeinen Ortskrankenkasse tonangebend waren, entstand hier eine ausgesprochene fürsorgerische Konkurrenz, die erst im Herbst 1920 durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft beseitigt wurde.

Im Jahre 1917 wurde die Gesundheitsfürsorge der Landeszentrale auf die Kleinkinder ausgedehnt, um die Lücke zwischen der eingearbeiteten Säuglingsfürsorge und dem seit 1907 in Hamburg vorhandenen schulärztlichen Dienste auszufüllen.

Die bisher ehrenamtlich geleistete Geschäftsführung des Vereins wurde 1918 einem nebenamtlich angestellten Arzte, der 1920 durch einen Kinderarzt ersetzt wurde, und einer hauptamtlich angestellten Oberin übertragen. Eine straffere, zentrale Zusammenfassung der ganzen fürsorgerischen Arbeit war die erwünschte Folge dieser Maßnahme.

In der Überzeugung, daß wirklich wirksame Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in gesundheitlicher Richtung nur durch gesundheitliche und wirtschaftliche Fürsorge für die Familie erreicht werden kann, wurde 1918 die für die Folge höchst bedeutsame Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsstellen des Arbeitsamtes (Fortsetzung der Kriegshilfe) hergestellt, dergestalt, daß gegen Gehaltserstattungen unsere Fürsorgerinnen gleichzeitig für die Wohlfahrtsstellen ermittelnde und fürsorgerische Dienste leisteten. Denn als 1921 diese Wohlfahrtsstellen mit der Allgemeinen Armenanstalt und der Kriegsopferfürsorge zum Wohlfahrtsamt verschmolzen wurden, war die Leitung der neuen Behörde auf Grund der durch drei Jahre bewährten Gemeinschaftsarbeit bereit, an dieser Zusammenarbeit festzuhalten und sie weiterhin zu vertiefen, so daß heute die Fürsorgerinnen der Landeszentrale, deren Zahl allmählich auf 108 angewachsen ist, gleichzeitig für die Landeszentrale und das Wohlfahrtsamt tätig sind. Von den aus Staatsmitteln bestrittenen Gehältern dieser Fürsorgerinnen werden 62 vom Gesundheitsamt, 43 vom Wohlfahrtsamt budgetiert; hinzu kommen Beiträge der Krankenkassen für drei weitere Gehälter.

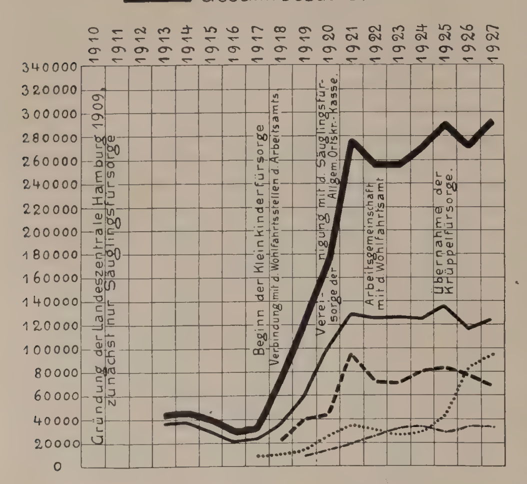
Diese enge, aufs beste bewährte Zusammenarbeit wurde auch ein wichtiges Glied in der Entwicklung der Fürsorgearbeitsgemeinschaft (F.A.G.), der die drei interessierten Behörden (Gesundheitsamt, Wohlfahrtsamt und Jugendamt), die großen fürsorgerisch tätigen Vereine („Landeszentrale", Ausschuß für Kinderanstalten, Landesverband für Volksgesundheitspflege usw.) und die Versicherungsträger angehören. Ihre erste Gründung erfolgte 1921; nachdem aber die Krankenkassen in der Inflationszeit aus finanziellen Schwierigkeiten sich zurückgezogen hatten, wurde sie 1926 unter Heranziehung aller Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt als Gesundheitsfürsorgearbeitsgemeinschaft (GEFAG) neu konstituiert.

Durch die Zusammenarbeit mit dem Wohlfahrtsamt war die Landeszentrale in den schweren Krisenjahren in der Lage, ihre Fürsorge wirksam zu gestalten. Quäker-Speisungen für Kleinkinder, werdende und stillende Mütter und manche andere Hilfsaktion wurde gemeinsam durchgeführt. Daneben aber standen und stehen der Landeszentrale auch eigene, aus privaten Spenden und Sammlungen stammende Geldmittel in reichem Maße zur Verfügung, um durch die Bereitstellung von Bett- und Leibwäsche, durch Gewährung von Zusatznahrungs- und Stärkungsmitteln selbständig und frei von Richtlinien helfend einspringen zu können.

Um insbesondere der gesundheitlichen Not unter den Kleinkindern der Großstadt wirkungsvoller entgegenzuarbeiten, widmete sich die Landeszentrale im Verein mit dem Ausschuß für Kinderanstalten seit 1917 dem Ausbau der Kleinkindererholungsfürsorge. Der Plan war, in kleinen hygienisch und pädagogisch einwandsfrei eingerichteten und betriebenen Heimen familiären Charakters in der näheren freien Umgebung der Stadt Kolonien von höchstens 20 Kindern des dritten bis sechsten Lebensjahres einer achtwöchigen Kur in Sonne und frischer Luft zuzuführen. Die guten Erfahrungen in den ersten vom „Ausschusse" eingerichteten Heimen dieser Art verhinderten nicht, gleichzeitig die örtliche Erholungsfürsorge den Kleinkindern nutzbar zu machen. Doch hat es sich herausgestellt, daß in Hamburg die Schwierigkeiten, Kleinkinder der offenen Fürsorge

Tätigkeit der Fürsorgerinnen.

—— Hausbesuche für Säuglinge, - - - - für Kleinkinder, -.-.-.- für die Krankenkassen, ... für das Wohlfahrtsamt. ▬▬ Gesamtbesuche.



regelmäßig zum Besuch z. B. eines Sonnenbades im Stadtpark zu bringen, im ganzen genommen zu groß sind, so daß die Erfolge der örtlichen Erholungsfürsorge infolge des unregelmäßigen Erscheinens der Kinder und der sehr veränderlichen, relativ sonnenarmen Witterung ganz erheblich zurückstehen hinter den im ganzen guten Erfolgen der geschlossenen Erholungsheime. Die örtliche Erholung wird deshalb praktisch nur den aus andern Gründen bereits in Anstalten gesammelten Kleinkindern (Warteschulen, Kindergärten) vorbehalten bleiben müssen, während uns der Ausbau der geschilderten geschlossenen Erholungsfürsorge für Hamburger Verhältnisse dringlicher erscheint. Da der Ausschuß in den letzten Jahren durch Geldmangel die Zahl der Erholungsheime zu vermehren nicht in der Lage war, hat die Landeszentrale Versuche mit privat geleiteten, im übrigen aber ebenso eingerichteten Heimen gemacht, die befriedigend ausfielen; dadurch ist das Tempo des Ausbaues dieses Fürsorgezweiges erfreulich beschleunigt. Auch hier unterstützt durch die verständnisvolle Mitarbeit des Wohlfahrtsamtes, das die für die Verpflegung der Kinder in den Heimen nötigen, nach Abzug der Beiträge der Eltern und der Versicherungsträger verbleibenden Restkosten aufzubringen hat, wird die Landeszentrale als Zentralstelle für die Erholungsfürsorge im vorschulpflichtigen Alter im Geschäftsjahre 1928 in der Lage sein, 2500 je achtwöchige Erholungskuren zu vermitteln. Die Kinder werden von den Fürsorgeärzten oder den behandelnden Ärzten voruntersucht und von Vertrauensärzten zur Auffindung der dringlichsten Fälle nachuntersucht.

Daß die Landeszentrale mit allen andern in der Fürsorge tätigen Stellen enge Verbindungen unterhält, darf als selbstverständlich gelten. Ihre Organisation und Einordnung in die ganze Fürsorge illustriert das Bild auf Seite 305.

Die Geschäftsstelle befindet sich seit 1927 im Gebäude der Gesundheitsbehörde; die örtliche Nähe zu dieser, der vorgesetzten und in allen Fragen der Hygiene und Gesundheitsfürsorge zuständigen Behörde und der ebenfalls hier untergebrachten Leitung der Tuberkulosebekämpfung bringt große Vorteile. Der Geschäftsführer, der dem Vereinsvorstande verantwortlich ist, hat die organisatorischen und grundsätzlichen Fragen zu bearbeiten, die Verhandlungen mit den zahlreichen Behörden, Vereinen usw. zu führen und die ärztlichen Belange zu erledigen; er ist Mitglied der Gesundheitsfürsorgearbeitsgemeinschaft und des Gesundheitsausschusses des Wohlfahrtsamtes. Ihm zur Seite steht die hauptamtliche Oberin, die ihn in allen Fragen zu unterstützen und zu vertreten hat, die als Personalchef der Fürsorgerinnen deren Dienst und Personalangelegenheiten zu regeln und zu überwachen hat, als Leiterin des Bureaus auch für die Erledigung der laufenden zentralen Arbeit zu sorgen und die einlaufenden Spenden privater Wohltäter zu verwalten hat. Im Bureau sind drei Fürsorgerinnen und acht Angestellte tätig; die Fürsorgerinnen bearbeiten die Kleinkindererholungsfürsorge und die aus Privatspenden gespeiste Sonderfürsorge; die Angestellten versorgen die Gehaltsabteilung, die zentrale Kartothek aller befürsorgten Familien und Kinder, die Verteilung der Geburtsmeldungen und die Meldungen der Krankenhausentlassungen an die Fürsorgebezirke, die Bearbeitung der Todesmeldungen, der abgeschlossenen Gesundheitsbögen, den dauernden Pendeldurchlauf der Stillkontrollkarten zwischen Fürsorgerinnen und Krankenkassen, den Einkauf und die Abgabe der aus den Spenden beschafften Wäsche, Betten, Nahrungsmittel usw.

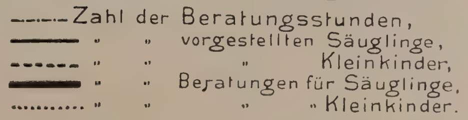
Die Fürsorgearbeit selbst wird dezentralisiert in elf Stadtbezirken geleistet, die den Bezirken des Wohlfahrtsamtes entsprechen. In jedem dieser elf Bezirke werden, je nach den örtlichen Bedürfnissen, an 1—5 Stellen Mütterberatungsstunden 1—5mal wöchentlich von den nebenamtlich arbeitenden Fürsorgeärzten abgehalten; zur Zeit sind 25 Damen und Herren tätig, bei deren Auswahl genügende Ausbildung in der Kinderheilkunde Vorbedingung ist. Das Verhältnis zu den praktizierenden Ärzten ist im allgemeinen frei von ernsteren Reibungen, da in

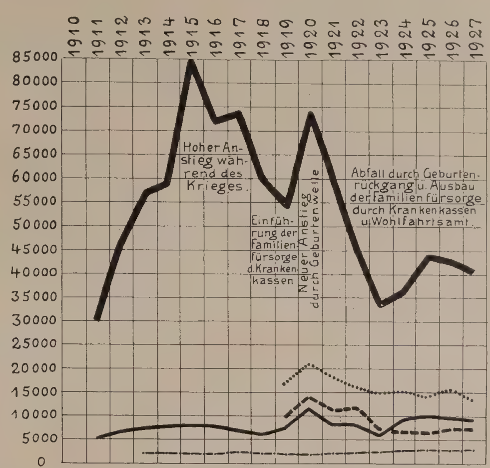
den Beratungsstunden nur vorbeugend gearbeitet wird und Behandlung von Krankheiten verboten ist. Die Zusammenarbeit mit den Tuberkulosefürsorgestellen, den Krüppelberatungen, der Fürsorgestelle für Geschlechtskranke und den ärztlichen Sprechstunden für Psychopathen beim Jugendamt ist durch Überweisung zur gewünschten Untersuchung von der Säuglingsfürsorgestelle aus gewährleistet. Die Fürsorgerinnen des Bezirks haben an den ärztlichen Beratungsstunden natürlich teilzunehmen. In den gleichen Stellen finden seit kurzem auch ärztliche Schwangerenberatungen statt, denen neben Hebammen auch die gleichen Fürsorgerinnen zur festen Verbindung der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge beiwohnen. Die Unterbringung der Beratungsstellen entspricht leider nur an wenigen Orten den Anforderungen; in der Inflationszeit wurden wir genötigt, um Kosten zu sparen, in öffentlichen Gebäuden, Badeanstalten und Schulen, unterzukommen; doch wird neuerdings versucht, die ungenügenden Räumlichkeiten durch bessere zu ersetzen.

Meist in den gleichen Räumen halten die Fürsorgerinnen täglich ihre Sprechstunden für die ratsuchenden Mütter morgens ab; hier erledigen sie auch ihre leider nicht geringe Schreibarbeit. An der Spitze jedes Bezirks steht eine Oberfürsorgerin, der je nach der Größe und der Bedürftigkeit des Bezirks fünf bis elf Fürsorgerinnen zugeteilt sind, von denen jede einen bestimmt abgegrenzten Teil, meist zwei bis drei Unterbezirken der Wohlfahrtsstelle entsprechend, fürsorgerisch mit Hausbesuchen usw. zu versorgen hat. Die Oberfürsorgerin ist für den ganzen Dienst im Bezirke der Oberin gegenüber verantwortlich.

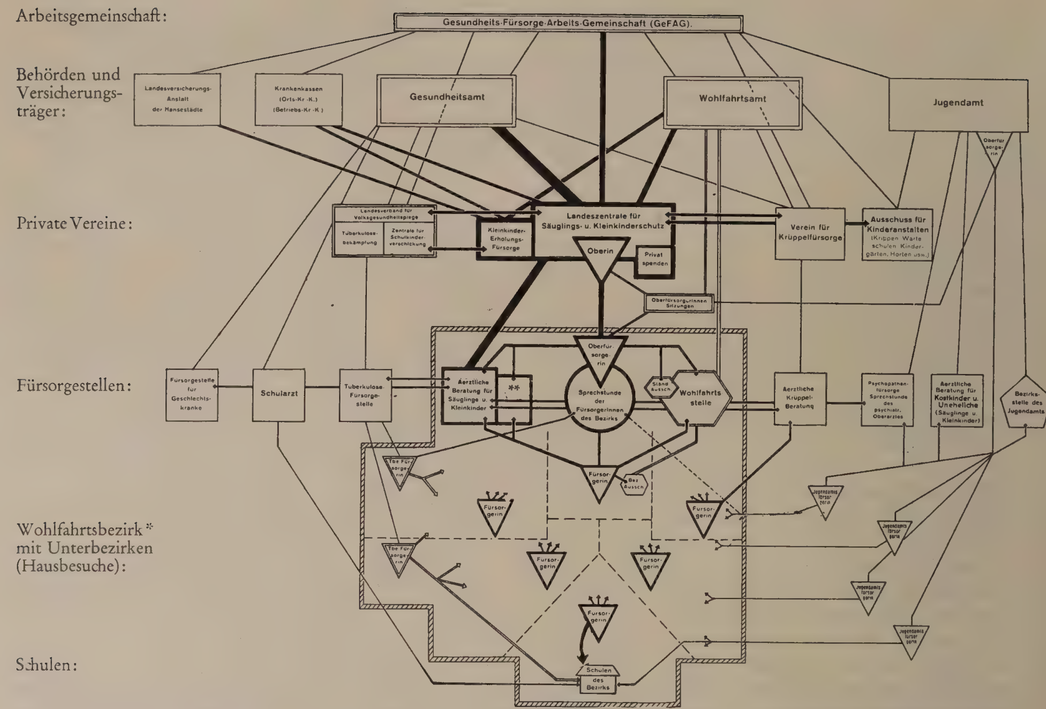
In jedem der genannten elf Bezirke befindet sich nun außerdem eine Wohlfahrtsstelle des Wohlfahrtsamts mit einem Leiter, zahlreichem, den fürsorgerischen Innendienst verrichtenden Personal und ehrenamtlichen und berufsmäßigen Pflegern. Die Oberfürsorgerin der Landeszentrale ist mit ihrem Fürsorgerinnenstab dieser Wohlfahrtsstelle zugeteilt; auf diese Weise wird eine enge Zusammenarbeit der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Fürsorge hergestellt. Jede Fürsorgerin hat in den Versammlungen der ihr zugeteilten Unterbezirke, in denen über die Unterstützungen im allgemeinen entschieden wird, Sitz und Stimme; die Oberfürsorgerin ist vollberechtigtes Mitglied des der Wohlfahrtsstelle zugehörigen „ständigen Ausschusses“, der in besonderen Fällen die Entscheidung über die Unterstützungen hat. So haben die Fürsorgerinnen Gelegenheit, die Entscheidungen der wirtschaftlichen Fürsorge ganz besonders den gesundheitlichen Forderungen anzupassen. Durch diese bewährte Zusammenarbeit mit

Tätigkeit der Fürsorgeärzte.





dem Wohlfahrtsamt bleibt die Tätigkeit unserer Fürsorgerinnen nicht eine auf Säugling und Kleinkind beschränkte Gesundheitsfürsorge, sondern sie sucht die Familie als Ganzes zu betreuen und dadurch dem Gedeihen der Jüngsten den Weg freizumachen. Es ist darum auch unser Bestreben, alle Zweige der Fürsorge in unseren Familien durch unsere Fürsorgerinnen bearbeiten zu lassen. So haben sie selbstverständlich die Aufgaben der Schwangeren- und der Krüppelfürsorge übernommen, ihnen ist die Mitarbeit bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten übertragen. Sie erledigen seit langem zahlreiche fürsorgerische Aufgaben für Schulkinder; eine planmäßige Zusammenarbeit mit den Schulärzten, wenigstens zur Einführung der Kleinkinder in die schulärztliche Überwachung und zur strengeren Nachkontrolle der vom Schulbesuch zurückgestellten Kinder ist seit Ostern 1928 eingeleitet worden. An der Fürsorge für die Schulkinder hat auch das Jugendamt ein sehr berechtigtes, starkes Interesse; in neuester Zeit wünscht es, von den erziehungsfürsorgerischen Notwendigkeiten her eine Familienfürsorge in der ganzen Stadt aufzubauen; die nächste Zukunft wird die unvermeidliche Einigung über eine Zusammenarbeit bringen müssen, da es natürlich unmöglich ist, eine richtige Familienfürsorge von zwei Seiten her zu betreiben. Die Vorbildung unserer Fürsorgerinnen, bei der zur Zeit auf eine



* Es sind in Hamburg 11 solcher Wohlfahrtsbezirke mit je 1 Oberfürsorgerin, 5—11 Fürsorgerinnen und 1—3 Tbc.-Fürsorgerinnen vorhanden; im gleichen Bezirk sind außerdem 4—6 Fürsorgerinnen des Jugendamtes tätig. ** Schwangerenberatung.

gründliche pflegerische Ausbildung und Bewährung neben der Fortbildung auf der sozialen Frauenschule größter Wert gelegt wird, wird nach der pädagogischen Seite hin zu ergänzen sein, um die Fürsorgerin zur vollständigen Familienfürsorge zu befähigen, doch darf unseres Erachtens niemals die Ausbildung zur erfolgsicheren Gesundheitsfürsorge durch die Ausbildung, die der noch problematischeren Erziehungsfürsorge dienen soll, vernachlässigt werden.

Der Einfluß des Wohlfahrtsamtes auf den Stab der Fürsorgerinnen ist, abgesehen von dem direkten Verkehr des Wohlfahrtsstellenleiters mit der Oberfürsorgerin, durch häufige sogenannte Oberfürsorgerinnensitzungen verstärkt, in denen die Dezernentin des Wohlfahrtsamtes (Reg.-Rat) die wohlfahrtsamtlichen Belange bespricht. An diesen Sitzungen nimmt natürlich auch unsere Oberin teil, ebenso ist die Oberfürsorgerin des Jugendamts anwesend. Auch bei der Anstellung, der Auswahl der Oberfürsorgerinnen usw. ist das Wohlfahrtsamt beteiligt.

Die Tätigkeit der Fürsorgeärzte und der Fürsorgerinnen seit 1911 ist auf den Tafeln der Seiten 308, 309 gestellt. Die auf freiwilligen Besuch angewiesenen Beratungsstunden wurden ziemlich schnell bei der Bevölkerung beliebt; während des Krieges mußten sie infolge des Ärztemangels in der Heimat zu Polikliniken entwickelt werden, wodurch der stark vermehrte Zuspruch erklärt wird, der wieder abklang, als nach Kriegsende das Behandlungsverbot wieder zur Geltung kommen mußte und außerdem die bei allen Krankenkassen eingeführte Familienfürsorge eine bessere ärztliche Versorgung der Kinder brachte. Bei den Besuchszahlen der Fürsorgerinnen ist natürlich ihre Anzahl mitbestimmend; es zeigt sich, daß eine Fürsorgerin in einem eigenen, räumlich beschränkten Bezirk neben ihrer Tätigkeit in der eigenen Morgensprechstunde, der Teilnahme an den verschiedenen ärztlichen Beratungsstunden, der Tätigkeit auf dem Wohlfahrtsamt und dem Besuch der Bezirksversammlungen im Monat nicht mehr als 250 bis höchstens 300 Hausbesuche erledigen kann; dabei ist noch eine bedauerliche Überbürdung festzustellen. Die Zahl unserer Fürsorgerinnen, die bei der Gründung der Landeszentrale acht betrug, ist jetzt auf 108 angewachsen.

(Über den Verlauf der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit in Hamburg siehe den Artikel auf Seite 63 dieses Werkes.)

HAMBURGISCHER LANDESVERBAND FÜR VOLKSGESUNDHEITSPFLEGE E.V.

VON OBERARZT DR. ERNST WOLFFSON

DER *Landesverband für Volksgesundheitspflege* wurde am 19. Juni 1917 als eingetragener Verein gegründet, aus der Erkenntnis heraus, daß in den schweren Zeiten des Krieges eine Kräftezersplitterung der Fürsorge treibenden Behörden und anderen Körperschaften auf alle Fälle verhindert werden müßte.

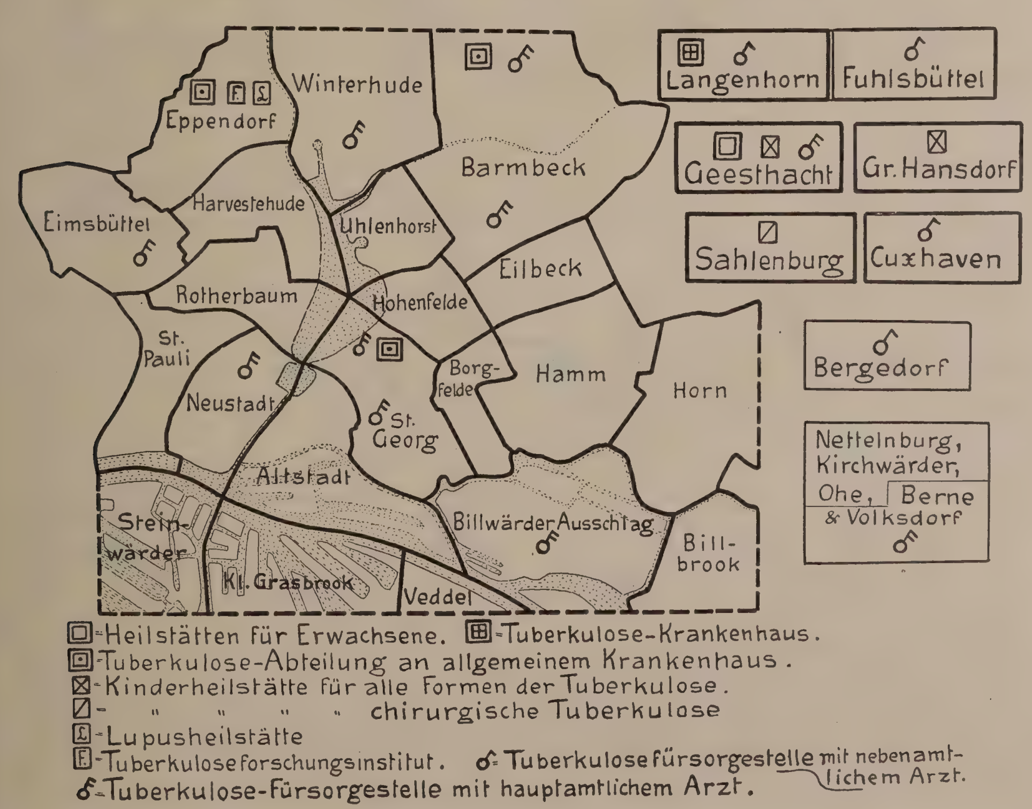
Die Mitglieder waren Vertreter des Medizinalamts, der Allgemeinen Armenanstalt, der Ärzteschaft, der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, der großen Hamburger Krankenkassen, der Behörde für das Versicherungswesen, der meisten großen Fürsorge treibenden Vereine u. a. m.

Das Ziel des Landesverbandes war, im Interesse einer gesunden Bevölkerungspolitik alle Einrichtungen und Maßnahmen zur Hebung der Volksgesundheit zu fördern und alle für die Volksgesundheitspflege in Betracht kommenden hamburgischen Einrichtungen zusammenzufassen, unter ihnen zu vermitteln und etwaige Lücken nach Möglichkeit auszufüllen.

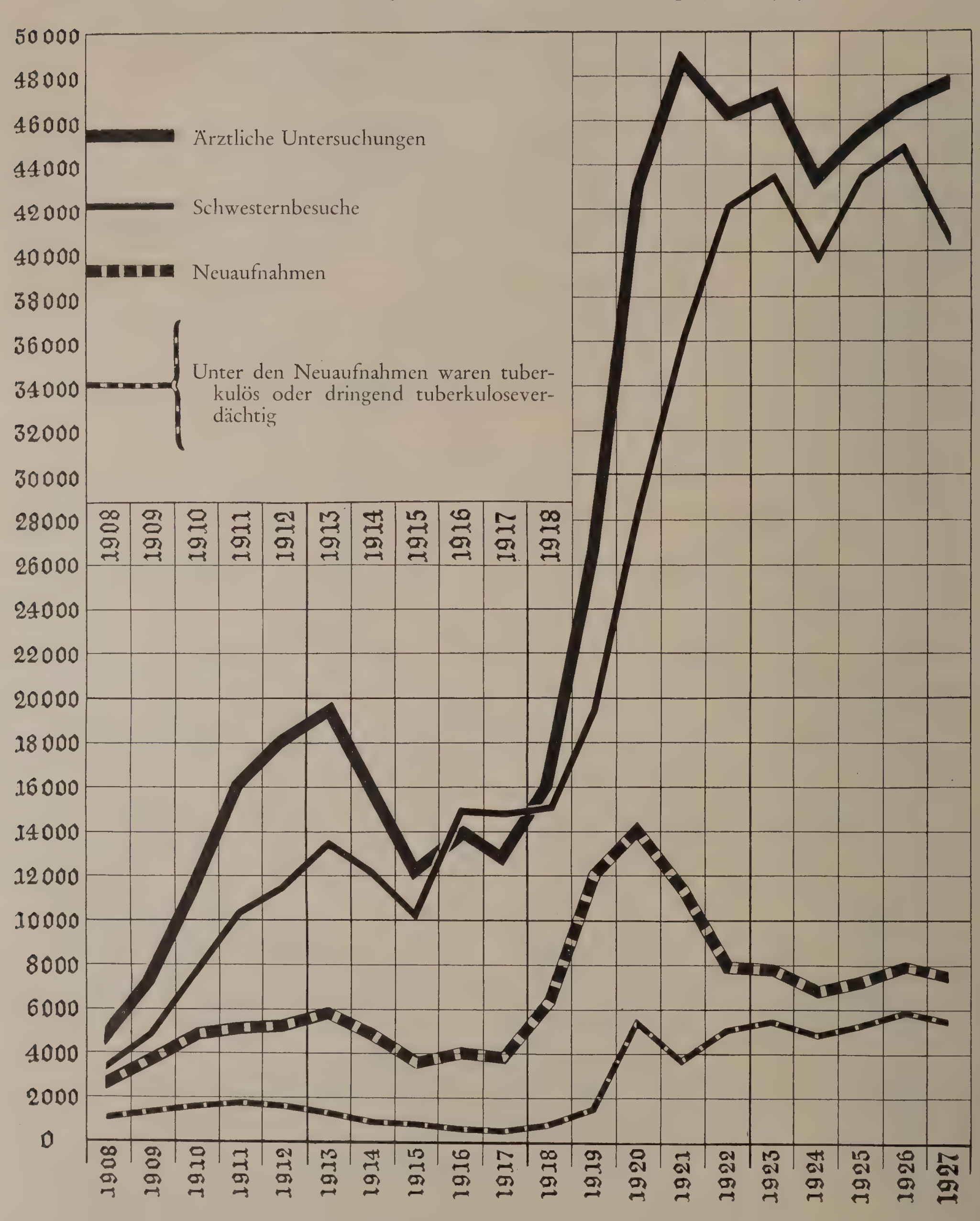
Es waren dies etwa dieselben Aufgaben, die jetzt die Gesundheitsfürsorge-Arbeitsgemeinschaft übernommen hat.

Die ungünstigen Verhältnisse während des Krieges und in den folgenden Jahren machten die Durch-

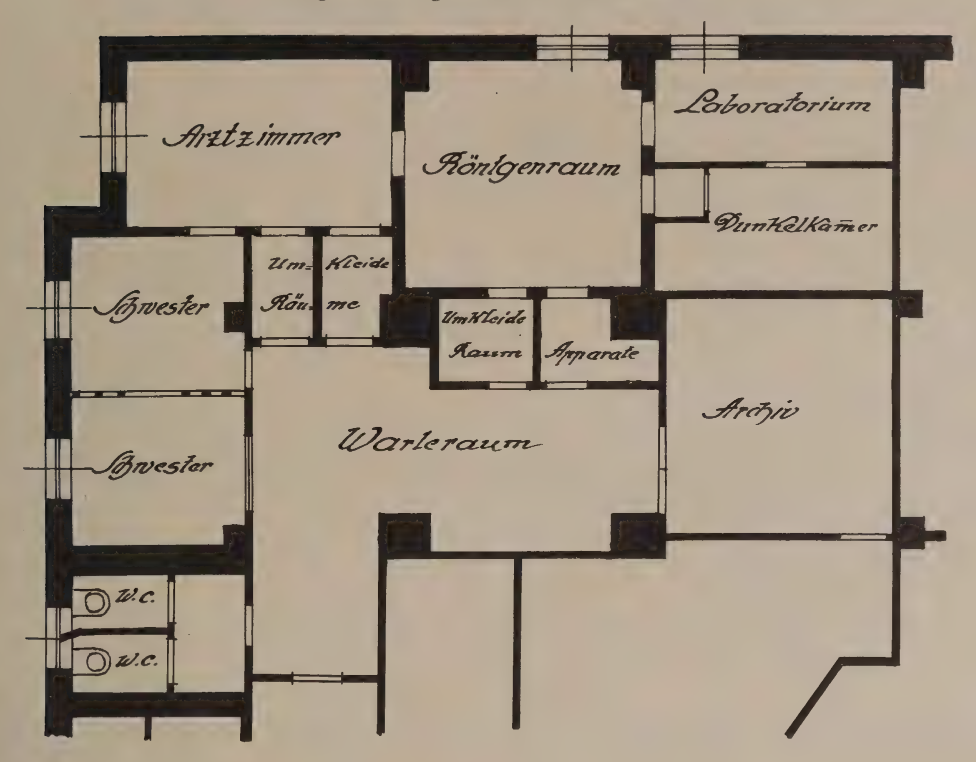
Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose 1928



Tuberkulosefürsorge in der Stadt Hamburg 1908—1927



Lungenfürsorgestelle Bismarckstraße



führung dieses Zieles unmöglich. Der gewünschte Zusammenschluß der in Frage kommenden Körperschaften und Einrichtungen, die alle schwer um ihr Weiterbestehen zu ringen hatten, blieb aus.

Der Landesverband übernahm daher unter Abweichung von seinem Programm neben einer Reihe kleinerer Aufgaben als Hauptfeld seiner Tätigkeit selbst die *Tuberkulosefürsorge.* Sie wurde bis zum Jahre 1919, in dem sie an den Landesverband überging, von dem am 9. November 1907 gegründeten *Ausschuß zur Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenleidende* in Hamburg betrieben, der im ersten Jahre seiner Tätigkeit zwei Fürsorgestellen errichtete, deren Zahl bis 1919 auf sechs gestiegen war. Die alten Grundsätze für die Arbeit der Fürsorgestellen wurden vom Landesverband beibehalten.

Jede Fürsorgestelle war besetzt mit einem nebenamtlich beschäftigten Arzt, einer Fürsorgeschwester und einem sogenannten Protokollanten für die schriftlichen Arbeiten, der in der Regel Angestellter einer Krankenkasse war und die Besucher der Fürsorgestellen in versicherungstechnischen Fragen sachverständig beraten konnte.

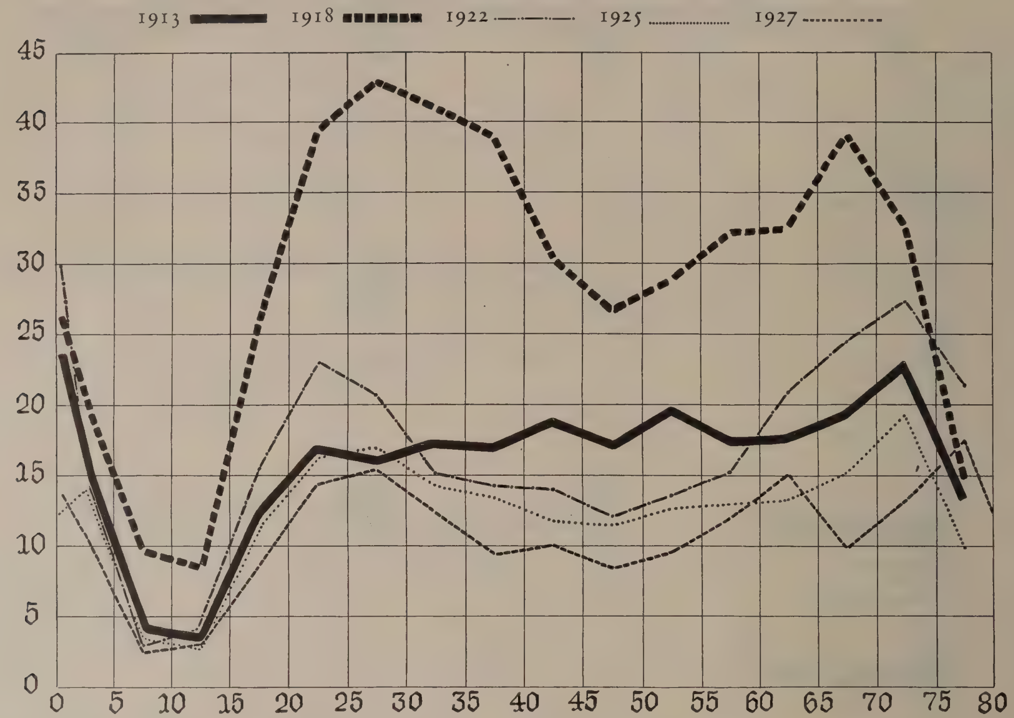
Von Anfang an wurde jede *Behandlung* in den Fürsorgestellen *abgelehnt,* ein Grundsatz, der bis heute beibehalten ist.

Das Anwachsen der Tätigkeit der Tuberkulosefürsorgestellen ist aus den beigefügten Kurven zu ersehen. Die Zahl der Fürsorgebezirke stieg bis zum Jahre 1927 auf 26.

Mit diesem Jahre ist eine grundsätzliche Änderung eingeführt: Statt der 26 nebenamtlich tätigen Ärzte (Tuberkulosefachärzte, Fachärzte für innere Medizin und in der Hauptsache praktische Ärzte) sind sechs *hauptamtliche Ärzte* eingestellt, fünf Tuberkulose-Fachärzte und ein Facharzt für innere Medizin. Ihnen stehen an sechs Stellen der Stadt Sprechstundenräume zur Verfügung, die mit Röntgeneinrichtung, Laboratorium usw. versehen sind. Daneben werden Sprechstunden an vier weiteren Stellen abgehalten, wo aber die Röntgeneinrichtung fehlt. Für die Zusammenarbeit sehr glücklich ist der Um-

Sterblichkeit an Tuberkulose aller Organe in Hamburg (Stadt)

in den Lebensaltern von 0 bis 80 Jahren, auf je 10000 Lebende desselben Alters und auf das Jahr berechnet



stand, daß die Sprechstundenräume in Dienstgebäuden des Wohlfahrtsamts, der Gesundheitsbehörde und der Allgemeinen Ortskrankenkasse untergebracht werden konnten.

Die Sprechstunden liegen vormittags und nachmittags; die an den Vormittagen werden hauptsächlich von den Kindern besucht.

Die Zentrale für sämtliche Fürsorgestellen und das Dienstzimmer des Oberarztes befinden sich in den Geschäftszimmern des Landesverbandes, im Gebäude der Gesundheitsbehörde.

Es wird größter Wert auf das *Zusammenarbeiten* mit allen in Frage kommenden Behörden, Organisationen und Vereinen gelegt.

Jeder Wohlfahrtsbezirk umschließt eine Anzahl der 27 Tuberkulose-Fürsorgebezirke. Die Tuberkulosefürsorgerinnen arbeiten ebenso wie die Säuglingsfürsorgerinnen aufs engste mit der Oberfürsorgerin in der Wohlfahrtsstelle zusammen, die auch dafür Sorge trägt, daß doppelte Fürsorge nach Möglichkeit vermieden wird.

Da das Wohlfahrtsamt keine eigenen Schwestern beschäftigt, übernehmen die Fürsorgerinnen neben der gesundheitlichen Fürsorge auch die wirtschaftliche für die von ihnen betreuten Personen. Dem Landesverband stehen keine eigenen öffentlichen Mittel für Unterstützungszwecke zur Verfügung. Die Fürsorgestellen beantragen Lebensmittel, Betten, Kleidung und anderes beim Wohlfahrtsamt, in dessen Bezirksversammlungen die Fürsorgerinnen Sitz und Stimme haben. So ist mit der rein hygienischen Arbeit des Arztes und der Schwester, die der Seuchenbekämpfung dient, die wirtschaftliche Fürsorge aufs engste verknüpft.

Die Fürsorgeärzte sind die Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für die Kinderverschickung, und für das Wohlfahrtsamt für alle Zweige der Heilfürsorge für Tuberkulöse.

Der jährliche Zugang an Neuaufnahmen beträgt 7000 bis 8000. Am 31. Dezember 1927 standen 44 989 Personen in Fürsorge.

Großer Wert wird naturgemäß auf die möglichst *frühe Erfassung* der Erkrankungen gelegt, deshalb wird immer wieder versucht, Personen, insbesondere

Kinder, aus gefährdender Umgebung zur Untersuchung der Fürsorgestelle zuzuführen.

Von Bedeutung hierfür sind die Meldungen, die der Landesverband außer von den behandelnden Ärzten vom Gesundheitsamt über alle Todesfälle an Tuberkulose und über die Entlassung tuberkulöser Personen aus Krankenhäusern und Heilstätten erhält, und die Mitteilungen über tuberkulös infizierte Kinder, die in Hamburger Krankenhäusern in Behandlung gestanden haben.

Mit dem *Wohnungskommissar* ist ein Abkommen dahin getroffen worden, daß ansteckungsfähige Tuberkulöse mit Kindern bei der Zuweisung besserer Wohnungen als vordringlich behandelt werden. Bei dem sehr erheblichen Wohnungsmangel ist es nicht möglich, auch nicht ansteckende tuberkulös Erkrankte zu berücksichtigen.

Die Betriebskosten werden gedeckt zu einem Drittel durch Zuschüsse der Landesversicherungsanstalt, durch Beiträge der Krankenkassen, die zur Zeit fast sämtlich 0.05 Rm. je Mitglied und Jahr zahlen, durch Zuwendungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose — vor allem aus Mitteln der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte — und aus Bewilligungen des Staates, der den Hauptanteil trägt.

Schon seit Anfang seines Bestehens hat der Landesverband eine umfassende Tätigkeit auf dem Gebiet der Entsendung von Kindern in Heilstätten und Erholungsheime entfaltet. Mit verschiedenen Körperschaften, insbesondere der Landesversicherungsanstalt und den Krankenkassen, waren Abmachungen für die gemeinsame Arbeit getroffen worden.

Auf eine sehr erweiterte Grundlage wurde dieses Arbeitsgebiet im Jahre 1922 gestellt, als die *Zentralstelle für Kinderverschickung* gegründet und dem Landesverband angegliedert wurde.

Über den Aufbau und die Arbeit der Zentralstelle für Kinderverschickung wird auf Seite 394 besonders berichtet werden.

Seit 1. Mai 1928 hat der Landesverband für Volksgesundheitspflege seine Tätigkeit auch auf das *Hamburger Landgebiet* ausgedehnt. Für dieses wurde ein Fürsorgearzt angestellt, der die gesamte gesundheitliche Fürsorge auf dem Landgebiet und in der Stadt Bergedorf wahrnimmt. Die erforderlichen Mittel werden dem Landesverband von den beiden Bezirksfürsorgeverbänden zur Verfügung gestellt.

AUSSCHUSS FÜR KINDERANSTALTEN

VON LUISE LEHR

KINDERANSTALTEN mannigfacher Art für Säuglinge, Klein- und Schulkinder gab es in Deutschland vor dem Kriege in großer Zahl; eine systematische Zusammenfassung der gesamten gemeinnützigen Anstaltskinderfürsorge aber bestand in keiner Stadt. Das lag in der Entwicklung dieses Fürsorgegebietes, das bis dahin, ausschließlich von der privaten Wohltätigkeit getragen, sich still entfaltete und nur selten mit den die öffentlichen Interessen vertretenden Behörden und Organisationen in Berührung kam. Erst die Nöte der Kriegs- und Nachkriegszeit in Verbindung mit dem Geburtenrückgang, die zunehmende Zahl der außerhäuslich erwerbstätigen Mütter, die anhaltend sorgenvolle Wirtschaftslage nahezu aller Volkskreise und die Wohnungsnot lenkten die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die Notwendigkeit, weit mehr als seither auf die Gesunderhaltung und erziehliche Betreuung jedes einzelnen Kindes, vor allem des seiner Mutter entzogenen Kindes, in verschärftem Maße zu achten. Der lange vergeblich verfochtene Gedanke, daß die vorbeugende Kinderfürsorge als eine Grundbedingung erfolgreicher Bevölkerungspolitik und weiser Sparsamkeit anzuerkennen sei, wurde allmählich Volksinteresse. Eine neue Entwicklung begann; Staat oder Gemeinde nahmen sich der von der privaten Wohltätigkeit betriebenen Aufgaben der Kinderfürsorge ganz oder teilweise an; in Ausführung von Art. 122 der Reichsverfassung stellte das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz die Kinderanstalten unter staatlichen Schutz.

In Hamburg fand die vorbeugende Kinderfürsorge eine tatkräftige Stütze in der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit, die 1915 eine besondere Abteilung für Kleinkinderfürsorge gründete. Diese Abteilung wandte sich zunächst der in den „Warteschulen“ geübten Anstaltsfürsorge für das Kleinkind zu. Auf gute Erfolge gestützt, dehnte sie ihre Tätigkeit auf das Krippengebiet aus und schuf zur weiteren Förderung der Arbeit einen selbständigen Verein, der sich allen in das Anstaltsgebiet fallenden Aufgaben ausschließlich widmen sollte. So wurde im März 1918 der Ausschuß für Säuglings- und Kleinkinderanstalten e. V. ins Leben gerufen, der späterhin, nachdem er nicht nur alle sonstigen, den Säugling und das Kleinkind betreffenden Anstaltsfragen, sondern auch das Hortgebiet in den Bereich seiner Tätigkeit einbezogen

hatte, den heutigen Namen „Ausschuß für Kinderanstalten e. V.“ annahm.

Der Ausschuß ist die einzige private Organisation in Deutschland, die alle Kinderanstalten (Krippen, Warteschulen, Tagesheime, Kindergärten, Horte, Säuglings- und Genesungsheime, Kleinkindererholungsheime, Tag- und Nachtheime, Mütterheime) in einer Zentralstelle vereinigt, beaufsichtigt und finanziert, und die schon vor dem Inkrafttreten des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes ohne den Rückhalt gesetzlicher Handhaben sich der Betreuung aller Kinderanstalten durch Fachkräfte annahm. Der Ausschuß hatte es sich zur Aufgabe gemacht, eine über das Interesse der einzelnen Anstalten hinausgehende, zusammenfassende Stelle zu sein, die sich mit der außerhäuslichen Versorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Schulkindern beschäftigt und für die Durchführung der als berechtigt anzuerkennenden gesundheitlichen und erzieherischen Forderungen sorgt. Er war ferner bestrebt, die Lebendigkeit und Selbständigkeit der privaten Wohltätigkeit wachzuhalten, was zur Folge hat, daß Hamburg auf dem Gebiete der Anstaltsfürsorge durch die noch heute bestehende rege Mitarbeit der privaten Wohltätigkeit wesentlich entlastet wird. Bei der engen Verbindung der Anstalten mit dem Ausschuß ist ferner die Gewähr einer planmäßig betriebenen Anstaltsfürsorge gegeben, die ihre Ergänzung und zugleich eine wertvolle Stütze darin findet, daß der Ausschuß seit seiner Gründung mit allen an der Kinderfürsorge interessierten Vereinen und Behörden (Jugendbehörde, Wohlfahrtsbehörde, Gesundheitsbehörde, Oberschulbehörde, Baubehörde, Finanzdeputation) ständig zusammenarbeitet. Diese Zusammenarbeit wirkte sich beim Inkrafttreten des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes dahin aus, daß das Jugendamt, dem aus der gemeinsamen Arbeit mit dem Ausschuß die Bestrebungen und der Nutzen der zusammenfassenden privaten Organisation bekannt waren, die ihm nach dem Gesetz zufallende Aufsichtsführung hinsichtlich der dem Ausschuß angegliederten Anstalten diesem übertrug. Das bedeutete für die praktische Durchführung der Arbeit des Ausschusses keine Änderung, da der Ausschuß an der Reform der noch verbesserungsbedürftigen Anstalten schon lange arbeitete und in seinen Forderungen an die Anstalten den gesetzlichen Bestimmungen vorausgegangen war; wohl aber liegt darin eine wichtige Stärkung der Stellung des Ausschusses gegenüber den Anstalten. Abgesehen von der ständigen persönlichen Fühlungnahme mit den Anstalten ist der Ausschuß durch Sammlung statistischen Materials in der Lage, dauernd einen Überblick und ein Urteil über alle in Betracht kommenden Einrichtungen und ihre Lebensnotwendigkeit zu gewinnen, sowie gegebenenfalls rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen, um Neueinrichtungen ins Leben zu rufen oder zu unterstützen.

Hauptziel muß es sein, allen Schwankungen des Arbeitsmarktes in seinen Folgen für die Anstalten gerecht zu werden und die Zahl der Heime dem jeweiligen Bedürfnis anzupassen. Hiermit ist nicht nur die Vermehrung von Anstalten gemeint, sondern gegebenenfalls auch ein Abbau in der Zahl der Betriebe.

Die Großstadt mit ihren vielen Gefahren und die Wohnungsnot nötigen zur Zeit zu manchen Überlegungen beim Ausbau der Kinderfürsorge. So sind neuerdings von gemeinnützigen Baugenossenschaften durch entsprechende Einbauten in einzelnen der großen neuen Häuserblocks gemeinsam mit dem Ausschuß Tagesheime geschaffen worden. Wie sich diese, dem Wiener Beispiel nachgebildete Einrichtung bewähren wird, muß der Erfahrung vorbehalten bleiben.

Ein besonderer Arbeitszweig, die Kleinkindererholungsfürsorge, dankt seine Entstehung in Hamburg ebenfalls dem Ausschuß, der dafür eigene, auf das Kleinkind besonders eingestellte Erholungsheime geschaffen und sie, entgegen der sonstigen Gepflogenheit, an die Peripherie Hamburgs gelegt hat. Diese Kleinkindererholungsheime in allernächster Nähe der Großstadt haben sich auf das beste bewährt. Der Ausschuß hat für die Kleinkindererholungsheime geeignete Privathäuser erworben und diese durchweg für 20 Kleinkinder eingerichtet, um das Heim dem äußeren und inneren Wesen nach möglichst dem Familienleben anzupassen. Für die 20 Kinder sind eine pflegerisch und zwei erziehlich ausgebildete Kräfte, sowie zwei Hausangestellte tätig, so daß mit jedem Kind individuell verfahren werden kann. Die Kurdauer liegt auf Grund langjähriger Erfahrungen nie unter acht Wochen. In die Heime aufgenommen werden unterernährte, blutarme, rhachitische und skrofulöse, einer vorbeugenden Fürsorge besonders bedürftige Kleinkinder. Am Tage der Abreise werden alle Kinder zur Verhütung der Einschleppung ansteckender Krankheiten in Hamburg noch einmal untersucht. Falls während der Kurperiode Plätze aus irgendwelchen Gründen frei werden, erfolgen keine Zwischenaufnahmen, um der Gefahr der Einschleppung neuer Infektionskrankheiten zu begegnen. Die Heime stehen laufend unter ärztlicher Aufsicht von Kinderärzten, die vom Ausschuß angestellt sind. Die Zuweisung der Kinder erfolgt aus der offenen Fürsorge durch die Landeszentrale Hamburg der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz.

Dem Ausschuß für Kinderanstalten angegliedert und zugleich seiner Aufsicht unterstellt sind 93 Anstalten, in denen durchschnittlich täglich 4500 Kinder betreut werden. Es sind dies:

- 9 Krippen
- 22 Tagesheime bzw. Warteschulen
- 22 Kindergärten
- 28 Horte
- 1 Säuglingsheim
- 2 Säuglingsgenesungsheime
- 4 Kleinkindererholungsheime
- 3 Tag- und Nachtheime
- 2 Mütterheime.

Hiervon werden 85 Anstalten von privaten Vorständen in Zusammenarbeit mit dem Ausschuß geleitet; 8 Anstalten werden von privaten Inhaberinnen geführt. In den Anstalten mit erziehlichen Aufgaben sind staatlich geprüfte Jugendleiterinnen und Kindergärtnerinnen angestellt, in den Pflegeanstalten staatlich geprüfte Säuglings-, Kleinkinder- oder Kinderkrankenschwestern. Die Besoldung der Angestellten in den gemeinnützigen Anstalten erfolgt mit staatlicher Beihilfe fast ausschließlich durch den Ausschuß, der neben den Gehältern, falls die privaten Zuwendungen und eigenen Einnahmen nicht ausreichen, von Fall zu Fall auch Betriebsmittelzuschüsse oder Zuschüsse für Verbesserungen und Ausbauarbeiten gewährt. Aufnahmebestimmungen, Pflegegelder und alle die Anstalten gemeinsam interessierenden Fragen werden durch den Ausschuß einheitlich geregelt. Die Anstalten des Ausschusses dienen auch der Ausbildung der Schülerinnen der Sozialen Frauenschule, des Staatlichen Fröbelseminars, der Staatlichen Kinderpflegerinnenschule, der Allgemeinen Gewerbeschule für das weibliche Geschlecht und der Frauenschule des Paulsenstiftes. Die ärztliche Aufsicht über die Anstalten wird vom Ausschuß durch vier bei ihm für die Anstaltsarbeit angestellte Kinderärzte ausgeübt, von denen zwei vollamtlich ohne Nebenpraxis ausschließlich für den Ausschuß tätig sind. Der Ausschuß unterhält eine Geschäftsstelle mit verschiedenen Dezernaten für die einzelnen Anstaltsgruppen; ihm angegliedert sind Geschäftsstellen einzelner Verbände und Vereinigungen, auch ist der Ausschuß in vielen Ausschüssen von Behörden, Vereinen und Organisationen beratendes Mitglied. In den 93 Anstalten und der Geschäftsstelle werden einschließlich der Ärzte zur Zeit durch den Ausschuß etwa 300 Angestellte besoldet. Die private Wohltätigkeit beteiligt sich insbesondere bei Neueinrichtungen; sie hilft ferner durch Naturalien, Kohlen, Wäsche und sonstige Spenden.

Die bestehende Betriebsform hat sich für die Anstaltsarbeit in Hamburg als glücklich erwiesen. Durch die Hilfe des Staates ist die nötige wirtschaftliche Sicherheit für die laufende Arbeit geboten und durch die private Wohltätigkeit und den privaten Charakter des Ausschusses für Kinderanstalten lebendiges und schnelles Arbeiten gewährleistet. Letzteres ist ein wichtiges Erfordernis erfolgreicher Arbeit in der Kinderfürsorge.

FÜRSORGE FÜR PSYCHISCH ABNORME KINDER UND JUGENDLICHE

VON DR. VILLINGER, LEITENDEM OBERARZT AM LANDESJUGENDAMT UND JUGENDAMT

Bedeutet „öffentliche Jugendfürsorge“ mit öffentlichen Mitteln durchgeführten Dienst an der gefährdeten und verwahrlosten Jugend, an all denen, bei welchen die persönliche Anlage oder der derzeitige Zustand oder die Umweltbedingungen Schutz, Hilfe, Heilung, Erziehung oder Bewahrung erforderlich machen, so bedarf sie nach heute allgemein gültiger Anschauung der Mitwirkung des psychiatrisch-psychologischen Sachverständigen. Die verschiedenen Tagungen über Fürsorgeerziehung, Psychopathenfürsorge, Heilpädagogik, Schulkinderpflege und Jugendgerichtswesen in den letzten Jahrzehnten waren mit seltener Einmütigkeit zu dem Ergebnis gekommen, daß wegen der zahlreichen psychisch-nervösen Anomalien und Störungen im Kindes- und Schulalter der Rat und die Mitarbeit des Facharztes unentbehrlich seien, wenn die gesamte Jugendpflege nicht Gefahr laufen solle, dilettantisch, unökonomisch und in vieler Hinsicht erfolglos zu arbeiten. Haben doch eingehende Untersuchungen an großen Zahlen solcher Gefährdeter und Verwahrloster, insbesondere an Fürsorgeerziehungszöglingen, an jugendlichen Vagabunden, an Kriminellen, Prostituierten beiderlei Geschlechts immer wieder, wenn auch mit gewissen Unterschieden, die unumstößliche Tatsache ergeben, daß ein sehr hoher Prozentsatz davon, der zwischen 50 und 70 variiert, in psychisch-nervöser Hinsicht anlagemäßig abnorm ist oder im

Laufe des Individuallebens irgendwie „abnormisiert“ worden ist.

Dies veranlaßte vor einer Reihe von Jahren die öffentliche Jugendfürsorge in einzelnen Großstädten Deutschlands, psychiatrische Hilfe hinzuzuziehen.

Hamburg, das als zweitgrößte Stadt Deutschlands und als Welthafenstadt von jeher in besonderem Maße seine Jugend bedroht sah und infolgedessen schon vor Jahrzehnten eine feinorganisierte Jugendfürsorge ins Leben rief, hat auch die Forderung nach psychiatrischer Mitarbeit in der Jugendpflege frühzeitig zu der seinen gemacht. Es mußte sich aber zunächst aus äußeren Gründen damit begnügen, ehrenamtlich bzw. nebenamtlich tätige Psychiater in bescheidenem Umfange in diesen Dienst zu stellen. Seit Kriegsende untersuchte ein nebenamtlicher Psychiater mehrmals wöchentlich in den Diensträumen des Jugendamtes Kinder und Jugendliche, die ihm als auf psychische Anomalien verdächtig von den Erziehungsanstalten oder den Ärzten des Jugendamtes zugewiesen wurden. Daß dabei nur ein kleiner Bruchteil aller Abnormen und Schwererziehbaren des Amtsbereiches erfaßt werden konnte, ist selbstverständlich.

Im September 1924 wurden außerdem „Heilpädagogische Beratungsstellen“ an sechs Punkten der Stadt eingerichtet, in denen monatlich ein- oder mehrmals den Eltern und Lehrern psychisch und erziehlich auffälliger Kinder die Möglichkeit einer fachärztlich-psychiatrischen Untersuchung und Beratung gegeben werden sollte. Der Zweck dieser Einrichtung war, „anormale Erscheinungen bei Kindern und Jugendlichen möglichst früh zu erfassen, um dadurch der Verwahrlosung und Kriminalität psychisch schwacher Elemente vorzubeugen.“

Diese Einrichtung bewährte sich, konnte aber den Erfordernissen der 1¼-Millionenstadt bei weitem nicht ganz genügen. Vor allem blieb die Versorgung des Jugendamtes und seiner Anstalten, also des eigentlichen Sammelpunktes des Großteils der hilfsbedürftigen abnormen Jugend, unzulänglich. Ein nebenamtlicher Fachberater kann wohl ein richtunggebendes Gutachten erstatten, er kann aber weder die Durchführung überwachen, noch bei etwaigen Zwischenfällen eingreifen noch Psychotherapie treiben noch die andern nachher zu erwähnenden Aufgaben des Jugendamtspsychiaters durchführen.

Um wenigstens der dringendsten Not Abhilfe zu schaffen, bewilligte der Senat zum 1. Januar 1926 für das Landesjugendamt und Jugendamt Hamburg die Stelle eines hauptamtlichen Psychiaters, und zwar in Form einer leitenden Oberarztstelle, wobei wohl der Gedanke an die unabweisliche Notwendigkeit eines späteren Ausbaus dieses ärztlichen Arbeitsgebietes ausschlaggebend war.

Zum 1. Januar 1927 wurde eine planmäßige Assistenzarztstelle geschaffen, zu der im Sommer 1928 eine zweite hinzutreten wird.

Die allgemeinen Aufgaben des Jugendamtspsychiaters bestehen in

1. Beratung des Amts in allen die psychische Hygiene im weitesten Sinne (einschließlich Heilpädagogik) betreffenden Angelegenheiten und Problemen,
2. Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung der psychisch abwegigen (einschließlich schwererziehbaren) Zöglinge und Schützlinge des Amts,
3. Aufstellung eines Heilplanes bzw. Angabe eines Heilerziehungsweges für alle durch das Jugendamt oder die Fürsorgeerziehungsbehörde in Fürsorgeerziehungsanstalten, Sonderheimen, Pflege-, Dienst- oder Lehrstellen unterzubringenden abnormen Kinder und Jugendlichen,
4. Auswahl der jeweils geeignet erscheinenden Anstalten bzw. Heime,
5. fachärztlicher Überwachung der so Untergebrachten, ihrer Nachuntersuchung bzw. Nachbehandlung,
6. Aussonderung praktisch Unerziehbarer und ihrer Überleitung in Sonderanstalten,
7. Leitung einer Beobachtungsabteilung als eines psychiatrisch-psychologischen Klärbeckens und einer psychiatrisch-neurologischen Krankenstation,
8. Ausbildung und Unterweisung der im Amtsbereich (einschließlich Amtsanstalten) mit abnormen Kindern und Jugendlichen in Berührung kommenden Beamten und Angestellten über die wichtigsten einschlägigen Kapitel aus der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, der Heilpädagogik und der sozialen Psychiatrie,
9. Auswertung der gemachten Erfahrungen in Form von Denkschriften, Kursen, Vorträgen und wissenschaftlichen Arbeiten.

So weit die allgemeinen Aufgaben. Sie bilden das ungefähre Programm, nach dem heute der Psychiater an einem großstädtischen Jugendamte zu arbeiten hätte.

Der Durchführung dieser allgemeinen Aufgaben stellten sich aber die besonderen hamburgischen Verhältnisse entgegen, indem sie sie einerseits einschränkten, andererseits erheblich über diesen schematischen Rahmen hinausdehnten.

Das Hamburger Jugendamt, das in sich gleichzeitig die Funktionen eines Landesjugendamtes, eines (außergewöhnlich umfangreichen) großstädtischen Jugendamtes sowie einer Fürsorgeerziehungsbehörde vereinigt, nahm in den letzten Jahren im Jahresdurchschnitt 3500 bis 3800 (in den Inflationsjahren bis zu 6000) Kinder und Jugendliche auf und verteilte sie von seiner Aufnahmezentrale aus, je nach Lage des Falles, in seine eigenen Anstalten, in fremde Anstalten und Heime sowie in Pflege-, Dienst- und Lehrstellen innerhalb und außerhalb Hamburgs. Diese Zentrale, durch die sämtliche Aufnahmen hindurchgehen, ist die sogenannte Beobachtungsanstalt. Dort werden, wie im vorangegangenen Aufsatz von Oberarzt *Dr. Manchot* dargelegt wurde, sämtliche Aufgenommenen einer körperärztlichen Untersuchung und teilweise einer vierzehntägigen Quarantäne unterzogen. Es erschien ohne weiteres einleuchtend, daß an dieser Stelle, und Hand in Hand mit der körperärztlichen Untersuchung, die psychiatrisch-psychologische Untersuchung stattzufinden hätte. Hier in der Zentrale müßte die Sichtung, nötigenfalls die klinisch-stationäre Beobachtung und Behandlung durchgeführt werden. Logischerweise müßte die allgemein anerkannte und praktisch erfüllte Forderung der grundsätzlichen ärztlichen Untersuchung aller Aufgenommenen, gleichviel ob sie krank sind oder nicht, ob sie dem Nichtarzt so erscheinen oder nicht, auch auf die psychische Untersuchung ausgedehnt werden. Dafür spricht aber keineswegs nur die rein logische Erwägung, dafür sprechen vielmehr in erster Linie auch folgende praktische Gesichtspunkte:

Die Zahl der psychisch Abnormen (einschließlich der durch psychische Fehlentwicklungen, Neurosen und dgl. schwer erziehbar Gewordenen) unter den Aufnahmen ist prozentual eher größer als die Zahl der körperlich Kranken oder Defekten. Ferner stellt die psychische Infektion bzw. Schädigung, die z. B. von frühsexualisierten Kindern, von Homosexuellen, Prostituierten, gewissen Formen von Psychoneurosen, Epilepsien und beginnenden Psychosen ausgehen können, für die übrigen, doch zum großen Teil auch psychisch recht labilen Zöglinge eine weit größere und folgenschwerere Gefahr dar als die körperlichen Infektionskrankheiten. Drittens aber, und das werden alle mit dem Fürsorgeerziehungswesen vertrauten Psychiater bestätigen, kann die seelenärztliche Untersuchung, die kurz nach der Aufnahme stattfindet, das meist psychisch stark erschütterte und irgendwie aus dem seelischen Gleichgewicht gekommene Menschenkind innerlich aufschließen, für die neue Situation vorbereiten und so, analytisch oder psychotherapeutisch, der Fürsorgeerziehung die Wege



Spielnachmittag der „Heilfürsorge“

ebnen. Überdies ist nur bei einer alle Zöglinge umfassenden psychiatrischen Eingangsuntersuchung ihre zweckmäßige Differenzierung und Verteilung möglich.

Endlich müssen noch wissenschaftliche (durchaus nicht nur statistische) Erwägungen geltend gemacht werden: nur auf Grund eines psychiatrisch-neurologischen Eingangsbefundes kann die seelische Weiterentwicklung verfolgt, der spätere Zustand mit dem früheren vergleichbar gemacht werden; auf diese Weise dürfte es möglich sein, wertvolles neues Material beizubringen, nicht nur für die psychiatrische und psychotherapeutische, sondern auch für die charakterologische, die jugendpsychologische und die pädagogische (besonders heilpädagogische) Forschung. Vor allem aber gewinnt durch das riesige Untersuchungsmaterial und die stetige Selbstkorrektur der Jugendamtspsychiater in unschätzbarer Weise an Erfahrung und Sicherheit.

Die Fülle der Arbeit, die den hauptamtlichen Psychiater erwartete, ließ es aber nicht zu, dieser Forderung, die eigentlich die Grundvoraussetzung für eine ersprießliche und sinnvolle Mitarbeit beim Jugendamt bedeutet, nur auch annäherungsweise gerecht zu werden. Vielmehr gestalteten sich die Dinge in praxi so, daß nur ein kleiner Bruchteil der Aufnahmen durch die Hand des Psychiaters lief, aus Gründen, die nachher zu erörtern sind.

Die oben als Zentralaufnahmestation erwähnte Beobachtungsanstalt hat mit einer psychiatrisch-psychologischen Beobachtungsstation, wie sie seit langem von führenden Jugendpsychiatern (*Gregor*, *Homburger* u. a. m.) gefordert und mancherorts auch verwirklicht wurde, nichts zu tun. Ihr Umfang (350 Betten, zu denen noch 72 Betten eines unter derselben Leitung stehenden Lehrlingsheimes hinzuzählen sind) und ihr einer großen Fürsorgeerziehungsanstalt ähnelnder Betrieb läßt sie für die psychiatrisch-psychologischen Zwecke, für die sie — rein theoretisch — besonders geeignet erscheinen könnte, wenig in Betracht kommen. Ein Ersatz für diesen Mangel einer eigenen klinischen Beobachtungs- und Behandlungsstation besteht zur Zeit nicht, ist aber seit Jahren geplant und in bescheidenem Umfange, für Klein- und Schulkinder berechnet, in der Vorbereitung begriffen. Voraussichtlich kann diese (heimartig einzurichtende) Station, unter dem Namen Overbeckheim, noch in diesem Sommer in Betrieb genommen werden.

Somit fehlten der psychiatrischen Arbeit beim Jugendamt Hamburg bisher zwei der wichtigsten Vorbedingungen: die Durchleitung aller Zöglinge durch das psychiatrisch-neurologische Filter und die Möglichkeit stationärer klinischer Beobachtung und Behandlung.

Diese Vorbemerkungen waren nötig, um die folgende knappe Schilderung des psychiatrischen Dienstes in der öffentlichen Jugendfürsorge verständlich werden zu lassen. Denn er mußte unter den dargelegten Umständen notwendigerweise in mancher Hinsicht unsystematisch und unvollkommen bleiben und könnte in seiner bisherigen Gestaltung an mehr als einem Punkte die Kritik der engeren Fachgenossen herausfordern. Deshalb muß an dieser Stelle nachdrücklich betont werden, daß er an sich noch wenig betretenes Neuland darstellt und sich in seinen Anfängen befindet, daß es ihm an den erforderlichen Hilfskräften und Einrichtungen gebrach, und daß er selbst stark unter dem Druck des Bewußtseins steht, daß sein Tun Stückwerk sei.

Den Umfang des Arbeitsfeldes erläutern am eindrucksvollsten ein paar Zahlen:

Die Zahl der *Aufnahmen* des Jugendamtes beträgt jährlich durchschnittlich 3500 Kinder und Jugendliche (die Säuglinge und Kriechlinge nicht einberechnet). Davon sind rund 2000 Neuaufnahmen, der Rest Wiederaufnahmen (entlaufene Zöglinge; Zöglinge, die sich in Pflege-, Dienst- und Lehrstellen nicht gehalten haben, Rückfällige, kriminell Gewordene, in Prostitution oder Vagabonde Abgeglittene, solche, bei denen sich die häuslichen Verhältnisse verschlechtert haben usw.). Die Wiederaufnahmen sind zum großen Teil der psychiatrisch-psychologischen Untersuchung ebenso bedürftig wie die erstmalig Aufgenommenen. Die *Belegzahl der Anstalten* des Jugendamtes in Hamburg und Umgegend beträgt rund 2700 Betten, von denen 80 bis 90 v. H., zeitweise mehr, belegt sind. Das sind die beiden Hauptzuflüsse von Untersuchungsfällen für die Dienststelle Jugendamtspsychiater. Dazu kommen 5000 in und außerhalb Hamburgs in Pflege-, Dienst- oder Lehrstellen *untergebrachte Zöglinge* und etwa 3500 unter *Schutzaufsicht* des Jugendamtes stehende *Kinder und Jugendliche*. Abgesehen von den Aufnahmen ist der Jugendamtspsychiater also noch zuständig für einen Personenkreis von rund 11 000 in mehr oder minder enger Fühlung mit dem Jugendamt stehenden Kindern und Jugendlichen, von denen mindestens noch 40—50 v. H. als abnorm oder seelisch labil gelten müssen. Sobald eines von ihnen auffällig wird und der psychiatrisch-psychologischen Untersuchung bedürftig erscheint (die Beurteilung dessen liegt allerdings durchaus in Laienhänden, und zwar bei Hunderten von ganz verschieden vorgebildeten und dem Psychiater und seiner Arbeit gegenüber ganz verschieden eingestellten Persönlichkeiten!), wird es der Dienststelle Jugendamtspsychiater zugeführt.

Dieser Personenkreis wird aber dadurch noch er-

weitert, daß in zahlreichen Fällen eine *psychiatrische Begutachtung der Angehörigen* dieser Kinder und Jugendlichen verlangt wird. Dabei handelt es sich etwa um die Fragen wie diese: Ist Herr X. zum Pflegevater, Frau Y. zur Adoptivmutter geeignet? Ist bei dem Vater A. oder bei der Mutter B. Sorgerechtsentziehung aus psychiatrischen Gründen erforderlich? Ist die Anwesenheit dieses oder jenes Erwachsenen in einer Familie für die Kinder oder für ein bestimmtes Kind schädlich? Dergleichen Fragen, die oft vor äußerst verwickelte Diagnosen und Prognosen stellen und deren Beantwortung meist schwerwiegende rechtliche Folgen hat, werden in bunter Mannigfaltigkeit und gewöhnlich mit großer Dringlichkeit an den Jugendamtspsychiater gerichtet.

Ferner gehören noch zu diesem Quellgebiet die zur *Schulentlassung kommenden Hilfsschüler* des Hamburger Stadtgebietes sowie die ihnen geistig gleichwertigen mehrfachen *Sitzenbleiber* aus den Volksschulen, die auf dem Wege zur Arbeit — die Arbeitsvermittlung für berufsschwache Jugendliche ist Sache des Jugendamtes — die Untersuchung des Jugendamtspsychiaters passieren (etwa 300 pro Jahr) und allein schon einen erheblichen Teil seiner Arbeitskraft beanspruchen. Darüber hinaus kommen noch *Sonderfälle*, die die Vormundschaftsbehörde, das Jugendgericht, die Oberschulbehörde, das Arbeitsamt und das Israelitische Jugendamt unmittelbar zur Begutachtung zuweisen, und endlich die Hilfesuchenden der *heilpädagogischen Beratungsstellen* (pro Jahr rund 300), von denen mehr als 50 v. H. auf die Dienststelle Jugendamtspsychiater, der Rest auf ehrenamtlich mitwirkende andere Psychiater entfielen.

Das ist das lebende Arbeitsmaterial des Jugendamtspsychiaters. Dazu kommt das „tote", die Akten. Die kurzen Aktenanfragen, die vielfach aber ein eingehendes Aktenstudium nötig machen, die Stellungnahmen und die gutachtlichen Äußerungen genereller Art übertreffen die Zahlen der untersuchten Kinder und Jugendlichen bei weitem.

Die Zahl der untersuchten und begutachteten Fälle betrug in runden Zahlen: 1926 900, 1927 1300; die Zahl der erledigten Aktenanfragen: 1926 1200, 1927 1500.

Es muß hier aber gleich beigefügt werden, daß die Zahl der Anforderungen auf Untersuchungen eine weit höhere war und daß, wie sich aus den obigen Zahlen von selbst ergibt, auch das tatsächliche Bedürfnis nach solchen Untersuchungen höher sein müßte.

Im Mittelpunkt der Arbeit stehen die *Untersuchungen und Begutachtungen.*

Während die psychiatrischen Untersuchungen an Fürsorgeerziehungszöglingen, die einst den starken Anstoß zur Vertiefung des Fürsorgeerziehungswesens zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit den jugendlich Verwahrlosten überhaupt und zur Entwicklung der Heilpädagogik gegeben haben, sich häufig darauf beschränkten, die wichtigsten Ursachen der Verwahrlosungserscheinungen psychiatrisch-systematisch herauszuheben, haben unsere Untersuchungen sich bemüht, auch den soziologischen und psychologischen Gründen der Verwahrlosung nachzugehen und im Gutachten außer der Aufdeckung der Ursachen der zutage tretenden Störungen bzw. des dissozialen Verhaltens eine charakterologische strukturanalytische Skizze der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung und neben der etwa notwendigen rein ärztlichen Therapie die heilpädagogisch-psychiatrisch gebotenen Richtlinien für das amtliche bzw. fürsorgeerzieherische Handeln zu geben. Vielfach handelt es sich nur um die Notwendigkeit psychologischer Klarlegung komplizierter seelischer Eigenart, um die Aufhellung innerer Konflikte oder verborgener psychischer Zusammenhänge oder irgendwie bedingter Fehlreaktionen bzw. Fehlentwicklungen (Neurosen). Soweit irgend möglich wurde die Untersuchung mit psychotherapeutischen Einwirkungen verbunden; in zahlreichen Fällen folgte der Untersuchung eine besonders eingehende *psychotherapeutische Behandlung.*

In andern Fällen war es nötig, in erster Linie eine körperliche Behandlung (z. B. antiluetische Kuren, Erholung im Gebirge oder an der See, Regulierung innersekretorischer Störungen und dergleichen mehr) einzuleiten. In einer großen Zahl der Fälle standen die Fragen im Vordergrund: Ist Fürsorgeerziehung nötig oder nicht? Was für eine Anstalt kommt in Frage? Genügt eine kurzdauernde Einweisung oder wird ein längerer Zeitraum erforderlich sein? Ist ein Anstaltswechsel nötig? Wie erklärt sich das eigenartige Verhalten des Zöglings (Pfleglings, Lehrlings, Dienstmädchens usw.)? Was soll geschehen? Dazu kamen die Fragen der Umschulung, der Berufseignung und der Adoptionsberatung. Eine große Rolle spielte die Frage der Beendigung der Fürsorgeerziehung, d. h. im konkreten Fall: Ist der Zögling geeignet, in seine Familie, in eine Pflege-, Lehr- oder Dienststelle gegeben zu werden, ist Schutzaufsicht nötig und in welchem Umfang? Für die Vormundschaftsbehörde war es in der Hauptsache die Frage, ob eine vorläufige oder freiwillige Fürsorgeerziehung in eine gesetzliche Fürsorgeerziehung umgewandelt, ob das elterliche Sorgerecht entzogen bzw. für ruhend erklärt werden müsse. Gelegentlich aber auch, ob ein besonderes Heim erforderlich sei oder eine Begutachtung der Eltern bzw. der Pflegeeltern. Die

Gerichtsbegutachtungen drehten sich natürlich fast ausschließlich um die in dem § 51 des StrGB. und dem § 3 des JGG. enthaltenen Fragestellungen. Doch wurden grundsätzlich auch vom heilpädagogischen Standpunkt aus Vorschläge bez. der Strafbarkeit, Strafzumessung und vor allem der anzuwendenden Erziehungsmaßnahmen gegeben.

Die *Schwierigkeiten,* mit denen diese psychiatrischen Untersuchungen zu kämpfen haben, sind verhältnismäßig wenig bekannt. Sie beruhen zu einem großen Teil darauf, daß die zu Untersuchenden eine solche Untersuchung nicht nur nicht wünschen, sondern sich vielfach dagegen sträuben. Eine solche ablehnende Einstellung trifft für mindestens die Hälfte der Fälle zu. Es darf hinzugefügt werden, daß die psychiatrische Untersuchung an sich schon wesentlich anstrengender für den Arzt ist als diejenige des Körpers oder selbst des Nervensystems (die übrigens stets vom Psychiater gleichfalls vorgenommen wurde), daß sie aber bei einer derartig abwehrenden Haltung doppelt mühsam wird. Während die körperliche Untersuchung außer einer ganz kurzen Vorgeschichte kaum einmal besonderer Unterlagen bedarf, ist die seelenärztliche Untersuchung des Jugendamtspsychiaters auf Aktenstudium, auf die Erfassung der wichtigsten objektiven Entwicklungstatsachen, der Schulzeugnisse, der hereditären, sozialen und sonstigen persönlichen Verhältnisse angewiesen, muß also umständliche Vorarbeiten erledigen, ehe sie im engeren Sinne beginnen kann.

Die Eigenart psychiatrisch-psychologischer Untersuchungen bringt es ferner mit sich, daß sich ihre Zeitdauer nicht im voraus schätzen läßt. Gar nicht selten kommt es vor, daß erst nach langen fruchtlosen Bemühungen die Untersuchung richtig in Gang kommt und daß auf diese Weise auf den Einzelfall unter Umständen mehrere Stunden verwendet werden oder mehrfache Nachuntersuchungen angesetzt werden müssen. Außerdem ist erst im Laufe einer Untersuchung festzustellen, ob weiteres Beobachtungsmaterial (Ermittlungen in Schule und Haus, Einziehung von Krankengeschichten und dergleichen mehr) erforderlich werden.

Wie der psychiatrischen Untersuchung Aktenstudium vorausgeht, so folgt ihr die Auswertung der Ergebnisse und die *Formulierung des Gutachtens,* wiederum zeitraubende und insofern sehr verantwortliche Leistungen, als es sich um die gemeinverständliche Darlegung verwickelter seelischer Dynamik, um maßgebende Entscheidungen oder um richtungweisende heilpädagogische Winke handelt.

Die in dem Gutachten über Zöglinge gemachten Vorschläge bezüglich Anstalts- bzw. Heim- oder Krankenhausunterbringung unterliegen der Entscheidung der Dezernenten bei der Direktion des Jugendamtes; der leitende psychiatrische Oberarzt ist nur in beschränktem Umfange (für Geisteskranke und Idioten) Mitdezernent. Es ist jedoch die Regel, daß ein Dezernent, wenn er sich gegen den Rat des Sachverständigen entscheidet, mit diesem vorher darüber Fühlung nimmt.

Durch die Nachuntersuchung und Besuche in den Anstalten des Jugendamtes bekommt der Psychiater die Möglichkeit, die *Durchführung* des von ihm vorgeschlagenen Erziehungs- und Heilplanes zu *überwachen* und gegebenenfalls einzugreifen, sei es psychotherapeutisch, sei es durch andere Maßnahmen, die im Einvernehmen mit der Anstaltsleitung durchgeführt werden (Beendigung oder Verlängerung des Anstaltsaufenthaltes, Verlegung in eine andere Anstalt, in ein Erholungsheim, eine Sonderanstalt u. a. m.).

Psychische Anomalien kommen oft erst im Laufe der Anstaltserziehung zum Vorschein. Von der banalen psychogenen Reaktion und dem „Gansern" bis zur Schizophrenie und der juvenilen Paralyse sind in den letzten Jahren ungefähr alle psychischen und sehr mannigfaltige neurologische Störungen in den Anstalten des Jugendamtes beobachtet worden. Die von dem Psychiater herausgegebenen „Gesichtspunkte für die Niederschrift fortlaufender Beobachtung über Anstaltszöglinge" setzten das Lehrer- und Erzieherpersonal instand, auf psychologisch-psychiatrisch wichtige Erscheinungen zu achten und darüber in zweckmäßiger Weise Aufzeichnungen zu machen, die als Unterlagen für die Untersuchungen dienen können.

Als eine für die Anstalten besonders wertvolle Tätigkeit des Psychiaters gilt die *Aussonderung praktisch unerziehbarer,* d. h. mit den Mitteln der Fürsorgeerziehungsanstalten oder der betreffenden Anstalt nicht oder nicht mehr förderbarer Zöglinge. Bisweilen handelt es sich hier um psychisch besonders labile Individuen, die zu psychogenen Reaktionen neigen (Haltlose, Erregbare, Degenerativ-hysterische), meist um Schwachsinn höherer Grade, gelegentlich um Geisteskranke (Schizophrene, leicht Manische oder Depressive), vereinzelt um besonders schwierige Psychopathen mit sexueller Triebhaftigkeit oder sexuellen Perversionen.

Die *Beratung des Amts* in allen die psychische Hygiene (einschließlich Heilpädagogik) berührenden Angelegenheiten fand in Form von Denkschriften, Jahresberichten, aktenmäßigen Stellungnahmen, gutachtlichen Äußerungen sowie in zahlreichen Einzelrücksprachen und Sitzungen statt. Bei der Vielverzweigtheit des psychiatrischen Dienstes hat es sich als notwendig erwiesen, daß der Psychiater regel-

mäßig zu den Sitzungen der Direktion zugezogen wird.

Ebenso wichtig, aber vielleicht noch zeitraubender, waren die zahlreichen *Kurse, Vorträge und Vorlesungen,* die der Psychiater in den ersten Jahren seiner Amtstätigkeit zu halten hatte über Themen aus seinem Arbeitsgebiet, teils zur Unterweisung und Vertiefung der Kenntnisse der Beamten und Angestellten des Jugendamtes, teils um die Öffentlichkeit oder Studierende mit den hier liegenden Problemen vertraut zu machen. Nur in geringem Umfange konnten die Erfahrungen bisher in wissenschaftlichen Arbeiten ihren Niederschlag finden; von einer eigentlichen Auswertung des außerordentlich großen Materials konnte bei der erdrückenden Fülle von Einzelarbeit bisher leider noch gar nicht die Rede sein.

Nur eine ganz grobe Aufteilung der untersuchten Fälle, die bewußt alle Einzelheiten und Nebenerscheinungen vernachlässigt, kann gegeben werden.

Von den untersuchten Kindern und Jugendlichen gehörten zu:

	1926	1927
1. Schwachsinn	33 v. H.	46 v. H.
2. Psychopathie	26 „	20 „
3. Psychopathie u. Schwachsinn	15 „	12 „
4. a) Exogenbedingter Fehlentwicklung („Abnormisierung“ „Neurose“) 4 v. H. . . . . b) Exogenbedingter Fehlentwicklung und Schwachsinn 1 v. H. . c) Exogenbedingter Fehlentwicklung und Psychopathie 1 v. H. .	6 „	6 „
5. Psychosen und Vorstufen .	4 „	2 „
6. Organischen Nervenleiden (Epilepsie, Encephalitis, Little, Lues usw.) . . .	6 „	3 „
7. Körperlich-seelischen Entwicklungsverzögerungen .	5 „	4 „
8. Sexuellen Perversitäten (Homosexualität) . . .	1 „	— „
9. Annähernd normal oder normal, aber zufällig oder vorübergehend oder nur scheinbar auffällig . . .	5 „	7 „

Unter „Schwachsinn“ wurden alle Oligophrenen eingegliedert, bei denen das Zustandsbild, ihre mangelnde Anpassung und ihr asoziales Verhalten sich vorwiegend aus dem endogenen Schwachsinn erklären ließen. Die Verschiebung zugunsten des Schwachsinns (1926 33 v. H., 1927 46 v. H.) erklärt sich aus den 1927 hinzugekommenen Untersuchungen schulentlassener Hilfsschüler und Sitzenbleiber. Über das Verhältnis der Ziffern 2, 3 und 4 ließe sich streiten. Eine nachträgliche Durchmusterung im Verein mit katamnestischen Erhebungen würde wohl die Ziffer 4 erhöhen auf Kosten von 2 und 3. Das Fehlen einer eigenen Beobachtungsstation macht sich besonders bei diesen Abgrenzungen geltend.

Zu diesen Aufgaben, die ich die *allgemeinen* eines Jugendamtspsychiaters genannt habe, treten in Hamburg als *besondere* noch hinzu: Die *Berufsberatungsuntersuchungen* für die zur Schulentlassung kommenden *Hilfsschüler,* die Tätigkeit als *Sachverständiger vor der Vormundschaftsbehörde* und *vor dem Jugendgericht,* die *Beurteilung zu adoptierender Amtsmündel,* die *Beratung* der in den *Arbeitslehrwerkstätten für Berufsschwache* (Hilfsschüler) Auszubildenden und neuerdings die Tätigkeit als *„beratender“ Oberarzt am Jugendhaus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.*

Die zur Schulentlassung kommenden Hilfsschüler und Sitzenbleiber werden von der Abteilung für Wanderer- und Arbeitsfürsorge des Jugendamtes erfaßt und vor der Arbeitsvermittlung dem Psychiater vorgestellt aus der Erwägung heraus, daß es sich hier durchweg um Abnorme (meist Debile) handle. Außer der Intelligenz, die übrigens bei den Kindern außerordentlich verschiedene Grade aufweist, ist bei der Untersuchung besonders auch die charakterliche Seite, die gerade bei der Verwendung solcher Debiler nachher oft ausschlaggebend wird, in Betracht zu ziehen und ein Urteil darüber zu gewinnen, ob eine Lehre (in sehr seltenen Fällen!) noch möglich ist, ob eine und welche ungelernte Arbeit in Frage kommt oder ob „Anlernung“ — entweder in den dafür eingerichteten „Arbeitslehrwerkstätten des Jugendamtes“ oder in geeigneten Privatbetrieben — geboten erscheint. Mitunter muß aber auch die Notwendigkeit der Überführung in eine Schwachsinnigenanstalt festgestellt werden oder die Notwendigkeit der Schutzaufsicht bzw. Fürsorgeerziehung.

Im Anschluß an diese berufsberaterische Begutachtung werden die in den Lehrwerkstätten Untergebrachten regelmäßig nachuntersucht und evtl. nach einiger Zeit ausgeschieden.

Bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen für die Vormundschaftsbehörde handelt es sich gewöhnlich um die Frage, ob die gesetzliche Fürsorgeerziehung aus seelenhygienischen oder heilpädagogischen Gründen geboten erscheint, ob eine Sorgerechtsentziehung am Platze ist, ob Entmündi-

gung (vorläufige Vormundschaft) psychiatrisch begründet ist. Die gerichtliche Sachverständigentätigkeit erstreckt sich in der Hauptsache auf die Fragestellungen des § 51 des StrGB., des § 3 des JGG. und des § 6 des BGB. sowie auf das meist ganz besonders schwierige Problem der Glaubwürdigkeit von Kindern und Jugendlichen in Sexualprozessen.

Da stets eine gewisse Anzahl von Zöglingen und Schützlingen des Jugendamtes vorübergehend oder für längere Zeit der Unterbringung in einer Nervenklinik bedarf, entwickelte sich im Laufe der Zeit eine immer regere Verbindung zwischen der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und der Dienststelle „Jugendamtspsychiater", die schließlich dazu führte, daß von Anfang 1928 ab der leitende Psychiater des Jugendamtes als beratender Oberarzt für das Jugendhaus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg mit dieser in eine endgültig geregelte Beziehung trat. Auf diese Weise ist nicht nur ein wechselseitiger Erfahrungsaustausch ermöglicht und für den Jugendamtspsychiater der Kontakt mit der Stätte wissenschaftlicher Forschung hergestellt, sondern vor allem auch die heilpädagogische und fürsorgerische Betreuung der in Friedrichsberg untergebrachten Zöglinge und ein reibungsloser Verkehr zwischen Staatskrankenanstalt und Jugendamt gewährleistet.

Die gleichfalls dem psychiatrischen Oberarzt unterstellte Dienststelle „*Heilfürsorge*" bildet den amtlichen Zentralapparat für die „Heilpädagogischen Beratungsstellen". Die Einrichtung dient der Fürsorge für kindliche und jugendliche Abnorme und Schwererziehbare, soweit sie nicht Zöglinge des Jugendamts sind, aber einer zugleich psychiatrisch-heilpädagogischen und fürsorgerischen Beratung und Versorgung mit öffentlichen Mitteln bedürfen. Ihr Zweck ist es, vorbeugende Maßnahmen einzuleiten, durch die die Entwicklung bzw. Verstärkung seelisch abnormer Züge und damit psycho-nervöse Erkrankung und Verwahrlosung verhütet werden sollen. An vier Stellen der Stadt finden monatlich einmal abends Beratungsstunden statt, die in dankenswerter Weise von Fachärzten staatlicher Krankenhäuser und aus der Stadt durchgeführt werden. Außerdem wird jede Woche einmal eine ganztägige Beratungsstunde beim Jugendamtspsychiater selbst abgehalten. Soweit es sich nicht lediglich um Unterweisung der Erziehungsberechtigten und um unmittelbare psychotherapeutische Einwirkung auf die Kinder selbst handelt, werden die von den Ärzten gemachten und in einem Gutachten niedergelegten und begründeten Vorschläge und Anweisungen durch die Dienststelle Heilfürsorge zur Ausführung gebracht. Ihr stehen bisher folgende Mittel und Wege zur Verfügung:

A. Örtliche Versorgung:

1. Psychiatrisch-heilpädagogische Untersuchungen und Beratungen.
2. Heilpädagogische Schutzaufsichten.
3. Regelmäßige Nachuntersuchungen durch den Arzt.
4. Überweisung in Hilfsschulen, Horte, Schulkindergärten usw.
5. Zuweisung an Haus-, Kassenärzte und Krankenhäuser.
6. Sprechstunden der speziell vorgebildeten Fürsorgerinnen.
7. Zusammenarbeit mit den Schulen.
8. Spielnachmittage mit den Schützlingen.
9. Unterbringung als Zögling in den Anstalten des Jugendamts.

B. Verschickung in auswärtige Heime und Anstalten:

1. Erholungsverschickung in Sonderheime (gewöhnlich für acht Wochen) auf Kosten der „Zentrale für Kinderverschickung".
2. Überweisung in heilpädagogisch geleitete Heime, in besondere Erziehungsanstalten und Jugendsanatorien
   a) auf Kosten eines besonderen Fonds von seiten des Wohlfahrtsamts,
   b) als Zöglinge des Jugendamts.

Durchschnittlich wurden in den letzten Jahren 300 Fälle von dieser Dienststelle versorgt.

Inwieweit die Arbeit des Jugendamtspsychiaters erfolgreich war, entzieht sich wegen der Kürze des Bestehens der Einrichtung zunächst der Beurteilung. Zahlenmäßig wird sich dies überhaupt schwer aufweisen lassen. Die über jedes Erwarten weit hinausgehende und immer noch steigende Inanspruchnahme seiner Mitwirkung zeigt jedenfalls, daß sie sowohl innerhalb der eigenen Behörde als auch bei den anderen an der öffentlichen oder privaten Jugendfürsorge tätigen Behörden und Organisationen als ein dringendes Bedürfnis empfunden wird.

ÜBERWACHUNG DER SCHÜTZLINGE DES JUGENDAMTES IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDESALTER

VON DR. MANCHOT, LEITENDEM OBERARZT, UND
GERTRUD THIEMER, OBERFÜRSORGERIN I. V.

DIE Säuglinge und Kleinkinder, die unter Aufsicht und Schutz des Jugendamtes stehen, sind in ganz überwiegender Mehrzahl uneheliche Kinder. Doch sind stets eine Anzahl ehelicher Kinder darunter; meist solche, die in den häuslichen Verhältnissen gefährdet sind. Ein kleiner Teil der unehelichen Kinder bleibt mit oder ohne die Mutter bei den Verwandten der Mutter, meist bei der Großmutter mütterlicherseits. Nach übereinstimmenden Erfahrungen in Hamburg und andern Großstädten ist diese Art der Unterbringung vielfach nicht gerade die beste und bedarf jedenfalls besonders sorgfältiger Überwachung durch die Fürsorgeorgane des Jugendamts.

Die Mehrzahl der unehelichen Kinder wird in Familienpflege untergebracht, bei der dieselben *gegen Entgelt* zu fremden Leuten gegeben werden. Wer fremde Kinder in Pflege nehmen will, bedarf dazu einer *staatlichen* Erlaubnis. Für die Erteilung dieser Erlaubnis ist das Jugendamt zuständig.

Der Erteilung dieser Erlaubnis geht regelmäßig eine genaue Prüfung der Pflegestelle voraus, die sich auf die persönlichen Verhältnisse der Bewerber, ihren Gesundheitszustand und die Beschaffenheit ihrer Wohnung erstreckt. Die erteilte Erlaubnis kann jederzeit widerrufen werden, wenn sich nachträglich Übelstände herausstellen. Die Pflegeeltern sind verpflichtet, den Aufsichtsorganen des Jugendamtes, insbesondere den Fürsorgerinnen, den Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten und die Kinder nach Anordnung in den ärztlichen Kontrolluntersuchungen vorzustellen. Die häusliche Überwachung der Säuglinge und Kleinkinder bis zur Schulreife ist den *Fürsorgerinnen* übertragen, welche die staatliche Anerkennung als geprüfte Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen und als Wohlfahrtspflegerinnen besitzen müssen.

Die Zahl dieser beim Jugendamt angestellten Fürsorgerinnen beträgt zur Zeit 28. Zwei von ihnen arbeiten in der Abteilung der Schwangerenfürsorge. Sämtliche Fürsorgerinnen sind einer Oberfürsorgerin unterstellt. Die elf Bezirke des J. A. sind den Bezirken des Wohlfahrtsamtes angegliedert.

Die Tätigkeit der Schwangerenfürsorge umfaßt die fürsorgende Beratung der ledigen Schwangeren, vor allem der minderjährigen. Zu diesem Zweck hält eine Fürsorgerin in den verschiedenen Entbindungsanstalten regelmäßig zweimal wöchentlich, im Institut für Geburtshilfe täglich ihre Sprechstunden ab. Neben der Aufnahme des Fragebogens und der Hilfe bei der Regelung der Kassenansprüche wird für geeignete Unterkunft nach der Entbindungszeit Sorge getragen.

Für die noch nicht in einer Entbindungsanstalt befindlichen ledigen Schwangeren wird zweimal wöchentlich im Jugendamt Sprechstunde abgehalten, mit dem gleichen Zweck der Beratung in wirtschaftlicher und gesundheitlicher Hinsicht. Es besteht im Institut für Geburtshilfe die Möglichkeit kostenloser Untersuchung, auf welche die Schwangeren im Bedarfsfalle hingewiesen werden. Alle unehelichen Geburten werden überdies dem Jugendamt von den Standesämtern gemeldet, so daß auch die in privaten Wohnungen unter Leitung von Hebammen erfolgten Geburten erfaßt werden. Bei der Entlassung aus den Mütterheimen ist man der jungen Mutter behilflich, eine Arbeitsstelle zu finden und ihnen, wenn nötig, für die Kinder eine geeignete Pflegestelle zuzuweisen. Die zuständige Fürsorgerin wird nach Entlassung von Mutter und Kind aus den Entbindungsanstalten oder den Mütterheimen benachrichtigt, die dann weiter der Mündelmutter beratend zur Seite steht und, wenn erforderlich, auch Unterstützungsanträge beim Wohlfahrtsamt regelt.

Die Stillkontrolle wird von den Fürsorgerinnen ausgeübt; das Jugendamt steht mit den verschiedenen Krankenkassen in Verbindung. Den bedürftigen und schwachen stillenden Müttern werden in den ersten Wochen kostenlos Butter- und Eierkarten ausgehändigt.

Die *ärztlichen Beratungsstunden* für die Säuglinge und Kleinkinder finden 14tägig statt in sieben Untersuchungsstellen in den verschiedenen Gegenden der Stadtbezirke. Die Vorstellung des Pflegekindes, das je nach Bedarf bestellt wird, ist obligatorisch. Außerdem werden noch im Verwaltungsgebäude zweimal wöchentlich Extrauntersuchungen abgehalten für besondere Fälle, die in den großen Beratungsstunden nicht erledigt werden können, z. B. Untersuchungen auf Lues (WaR), auf Tuberkulose und andere schwierigere Fälle. Schwer erziehbare



Pflegekinduntersuchungen in der Burgstraße

gelegt. Die in den Krippen, Warteschulen und Kindergärten untergebrachten Kinder brauchen in der Regel nur seltener besucht zu werden. Im allgemeinen ist die Zusammenarbeit mit den Leiterinnen dieser Anstalten gut, da eine gegenseitige Aussprache über die gemeinsamen Schützlinge beiden Seiten nur zum Vorteil gereichen kann.

In einzelnen Bezirken werden bereits allmonatlich Pflegemütterabende abgehalten. Der Hauptzweck derselben ist, eine engere Fühlung zwischen den Pflegemüttern und den Fürsorgerinnen herbeizuführen. Die Pflegemütter werden durch kurze Vorträge über Kinderpflege und -erziehung auf ihre Aufgaben und die Verantwortung, die sie ihren Schützlingen gegenüber haben, hingewiesen. Neben den Fürsorgerinnen sind an diesen Abenden Ärzte, Amtsvormünder, Kindergärtnerinnen und andere ehrenamtlich beteiligt. Die Einrichtung bewährt sich, und ihre Ausdehnung auf weitere Bezirke ist daher geplant.

Kinder oder Psychopathen werden der dafür bestimmten Dienststelle (Heilfürsorge vgl. Artikel von Oberarzt Dr. Villinger) zugeführt.

Erholungsbedürftige Kleinkinder werden von der Fürsorgerin zur Verschickung vorgeschlagen und nach ärztlicher Beratung in einem Kinderheim oder einer Heilstätte untergebracht. Die für die Nordsee vorgeschlagenen Kinder finden mindestens für sechs bis acht Wochen Aufnahme im Seeheim des Jugendamtes in Duhnen bei Cuxhaven.

Die Säuglinge werden in der Regel zweimal monatlich von der Fürsorgerin besucht, im Krankheitsfall entsprechend häufiger. Die jungen Mütter werden bei der Ernährung und Pflege ihrer Kinder beraten; auf die Art der Bettung wird ein besonderes Augenmerk gerichtet und tatkräftig geholfen, um das Fehlende zu beschaffen. Die Sprechstunden der Fürsorgerinnen, die in der Wohlfahrtsstelle zwei- bis dreimal wöchentlich abgehalten werden, sind zum Teil recht rege besucht. Im allgemeinen wird den Fürsorgerinnen ein großes Vertrauen entgegengebracht.

Durch das Meldeamt oder durch Angehörige des Kindes erhält das Jugendamt Kenntnis von Kindern, die ohne Vermittlung des Jugendamtes in Familienpflege gekommen sind. Die Wohnung sowie die ganzen Verhältnisse der Pflegeeltern werden dann nachträglich eingehend geprüft, besonders auch die gesundheitlichen Verhältnisse derselben und die Beschaffenheit der Wohnung geprüft. Nach dem Befund wird die Erlaubnis erteilt oder verweigert. Die Pflegekinder werden intensiv beaufsichtigt. Es handelt sich dabei nicht allein um die richtige Ernährung und Körperpflege, sondern es wird auch großer Wert auf die erzieherischen Gesichtspunkte

Ein besonderes Gebiet einer Fürsorgerin ist die Vermittlung von *Adoptionen.* Wenn ein Adoptivkind gewünscht wird, müssen die persönlichen und gesundheitlichen Qualitäten der Adoptionsnachsuchenden auch gesteigerten Ansprüchen genügen. Es ist dann die Aufgabe der Bezirksfürsorgerin, in der vorgeschriebenen Bewährungsfrist von mindestens einem Jahre festzustellen, ob eine Adoption unbedenklich empfohlen werden kann.

Unter Aufsicht der Pflegerinnen stehen:

	Im Alter von						Zus.
	0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	
In Pflegestellen untergebrachte Zöglinge des Jugendamts Hamburg	16	56	106	128	77	128	511
Mündel, die vom Gemeinde-Waisenrat zu beaufsichtigen sind . .	920	773	702	612	468	774	4249
Pflegekinder, die zugleich auch als Mündel vom Gemeinde-Waisenrat zu beaufsichtigen sind	208	317	263	216	118	139	1261[1]
Schutzaufsichten	6	16	17	26	27	45	137

Insgesamt 6158 Kinder.

[1] Einschl. etwa 400 eheliche Privatpflegekinder.

DIE KRÜPPELFÜRSORGE IN HAMBURG

I. BERICHT DER WOHLFAHRTSBEHÖRDE VON DR. H. MEYER-DELIUS, VERTRAUENSARZT, UND HANNA DUNKEL, OBERINSPEKTOR

II. BERICHT DES VEREINS FÜR KRÜPPELFÜRSORGE VON FRAU ANNA SCHAPER

I.

DIE Durchführung der Krüppelfürsorge vollzieht sich in Hamburg in enger Zusammenarbeit zwischen der Wohlfahrtsbehörde und dem seit langen Jahren bestehenden Verein für Krüppelfürsorge. Als Träger des hamburgischen Landesfürsorgeverbandes wendet die Wohlfahrtsbehörde sehr erhebliche Mittel für die Erwerbsbefähigung von Krüppeln auf. Außer den sachlichen Aufwendungen im Einzelfall für ambulante und klinische Behandlung, für Bewilligung von orthopädischen Hilfsmitteln, Anstaltsunterbringung usw. trägt die Wohlfahrtsbehörde die Kosten für die Besoldung der in der Krüppelfürsorge tätigen Vertrauensärzte, der Fürsorgerinnen und Bureaukräfte und stellt außerdem Räume und Material für die Beratungsstunden zur Verfügung. An den sachlichen Aufwendungen beteiligen sich die Versicherungsträger ihren Satzungen entsprechend. Außerdem hat die Wohlfahrtsbehörde neben den orthopädischen Turnkursen der Oberschulbehörde und Berufsschulbehörde noch besondere orthopädische und heilgymnastische Turnkurse eingerichtet und im Rahmen der allgemeinen Erholungsfürsorge Mittel bereitgestellt, um erholungsbedürftige Krüppelkinder zu achtwöchigen Kuren in ein Sonderheim an der Nordsee oder auf dem Lande entsenden zu können. An der Krüppelfürsorge im hamburgischen Landgebiet beteiligt sich die Wohlfahrtsbehörde gemäß ihrer gesetzlichen Verpflichtung als Landesfürsorgeverband.

Eine systematische Erfassung der jugendlichen Krüppel wird in Zusammenarbeit zwischen der Wohlfahrtsbehörde und dem Verein für Krüppelfürsorge seit dem Herbst 1923 erstrebt. Da es in Hamburg kein Krüppelgesetz mit Meldezwang gibt, ist man auf die Meldungen der Organe der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die gleichzeitig für die Wohlfahrtsbehörde tätig sind, der Schulärzte, der Eltern und sonstiger Stellen angewiesen. Die Reichsgebrechlichen-Zählung hat den Kreis der erfaßten jugendlichen Krüppel ergänzt. Alle gemeldeten Kinder werden in ärztlichen Beratungsstunden, die an vier verschiedenen Stellen des Stadtgebietes abgehalten werden, vorgeführt; hierbei ist in nicht so seltenen Fällen aufopfernde Überredungskunst der Fürsorgerinnen nötig, um die Eltern zum Aufsuchen der Beratungsstellen zu veranlassen. In den Beratungsstellen wird der Heilplan aufgestellt; seine Durchführung wird durch Nachuntersuchungen und zahlreiche Hausbesuche der Fürsorgerinnen überwacht. Unter den 3380 Meldungen der ersten vier Jahre solcher Tätigkeit befanden sich 1498 aus-



Dachgarten auf dem Gebäude der Gesundheitsbehörde



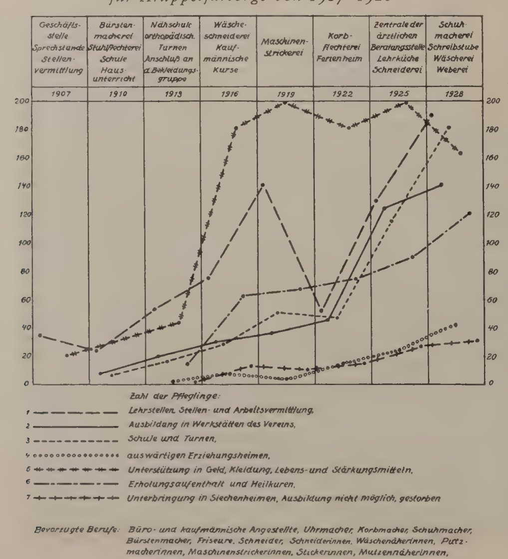
Küche



Radfahrerinnen

gesprochene Krüppel, während die andern Kinder kleinere Abweichungen von der Norm, wie beginnende Haltungsanomalien und Rückgratsverkrümmungen usw., leichte Form von Platt- und Knickfüßen, von rachitischen Beinverkrümmungen usw. aufwiesen. Von den Diagnosen interessiert, daß 7,8 v. H. aller Meldungen angeborene echte Krüppelleiden, also Mißbildungen, Klumpfüße, Hüftgelenksverrenkungen usw. betrafen, daß in 3,2 v. H. cerebrale Kinderlähmungen und in 6,6 v. H. Folgezustände spinaler Kinderlähmungen vorlagen, daß Rachitis in 20,2 v. H. und die Tuberkulose in 3,3 v. H. aller Meldungen die Ursache des

Übersicht über die Entwicklung der Einrichtungen des Vereins für Krüppelfürsorge von 1907-1928



Krüppeltums war, so daß für alle übrigen Krüppelleiden 58,9 v. H. der Meldungen übrigbleiben.

Von den 3380 Kindern, die den ärztlichen Beratungsstellen in den vier Jahren ihres Bestehens zugeführt wurden, konnten im gleichen Zeitraum 550 wieder aus der Fürsorge entlassen werden, während alle übrigen weiterer Beobachtung bedürftig blieben.

Machte schon die Durchführung der notwendigen ärztlichen Behandlung in einer großen Anzahl von Fällen beträchtliche Schwierigkeiten, so war trotz weiten Entgegenkommens der Oberschulbehörde die Sorge für eine ausreichende Schul- und Berufsausbildung noch viel reicher an Enttäuschungen. Erst die von der Gesundheitsfürsorge-Arbeitsgemeinschaft angestrebte Schaffung eines eigenen Krüppelheims, in dem neben der ärztlichen Behandlung auch Schulung und Berufsausbildung der jugendlichen Krüppel zu ihrem Recht kommen, wird es in Hamburg der Krüppelfürsorge ermöglichen, ihre Aufgabe besser zu erfüllen, als es bisher ohne ein solches Institut durchführbar war.

II.

Der Verein für Krüppelfürsorge unterzieht sich seit 20 Jahren in unveränderter Leitung der Geschäftsführung der Aufgabe, jugendliche Krüppel zu heilen und zu erziehen und wirtschaftlich möglichst selbständig zu machen. Die Geschäftsstelle befindet sich in einem Flügel der Gesundheitsbehörde, wo außer der Lehrküche auch die Werkstätten für die weiblichen Zöglinge untergebracht sind (Schneiderstube, Wäschenäherei, Weberei), und wo gleichzeitig der Warenverkauf stattfindet. Für männliche Zöglinge unterhält der Verein Werkstätten am Steinhauerdamm 6 (Schuhmacherei, Korbflechterei, Wäscherei) und eine Bürstenbinderei und Stuhlflechterei am Mühlendamm 54, außerdem noch Handfertigkeitsabteilungen für Anfänger im Gemeindehaus St. Georg, Stiftstraße 15/17.


Strickerei


Weberei

Die gesundheitliche Fürsorge ist zusammengefaßt in der Zentrale der ärztlichen Beratungsstellen des Vereins im Wohlfahrtsamt, Rentzelstraße 68. Die Anmeldung eines Krüppelfalles geschieht in dieser Zentrale oder in der Geschäftsstelle, Besenbinderhof 41, in der Gesundheitsbehörde. Je nach Lage des Falles wird entschieden, ob das angemeldete Kind zunächst für Heilbehandlung oder Erziehung oder für beides in Frage kommt. Akten werden über alle Fälle geführt.

Die Organe aller Abteilungen des Vereins beraten außer den laufenden Fällen die ihrer Verantwortung unterstehenden Angelegenheiten in wöchentlicher Konferenz.

Die Erfahrungen zweier Jahrzehnte haben uns gelehrt, daß durchschnittlich eine Krüppelerziehung bzw. -ausbildung vier Jahre erfordert. Die Erfolge an der von uns ausgebildeten großen Schar von Zöglingen waren durchweg recht gute, fast alle, die geheilt wurden, stehen im Erwerb, durchschnittlich fast 70 v. H. des Normalverdienstes ihrer gesunden Berufskollegen beziehend.

Der durchgehende Grundsatz unserer Arbeit ist das Festhalten an dem Heim-Familiencharakter unseres gesamten Lehr- und Werkbetriebes. Der Krüppel muß sich zu Hause fühlen, er erhält sein Essen bei uns (die Lehrküche versorgt alle Zöglinge und Angestellten in und außer dem Hause mit täglich über 200 Portionen), er holt seinen Lesestoff aus unserer Bücherei und freut sich der gemeinsamen Feste. Musik, Gesang, Dilettantentheater und Blumenpflege werden eifrig betrieben.

Im Jahre 1927 konnten wir bei Daerstorf (Strecke Buxtehude) in einem uns vom Hamburger Staat geschenkten Bauernhause die erste Sommerfrische einrichten und dort in sechs Schichten 120 Jugendlichen Erholung verschaffen. Der Erfolg war, daß von den sich dort ganz unbeobachtet fühlenden Zöglingen sechs das Radeln erlernten (siehe Abbildung).

Wir geben an weiteren Abbildungen nur solche, die unseres Wissens Sondergebiete der hamburgischen Krüppelerziehungsarbeit darstellen. (Weberei, Strickerei, Sommerhaus mit Radlerinnen, Küche, Dachgarten auf dem Gebäude der Gesundheitsbehörde.)

Die Kosten seiner Arbeit hat der Verein vor dem Kriege ausschließlich aus privaten Gaben und Sammlungen bestritten. Heute fließen ihm durch den Haushaltsplan der Gesundheitsbehörde die zur Aufrechterhaltung der Betriebe notwendigen Gelder, namentlich für Gehälter der 25 Angestellten des Vereins und für die Speisungen der Zöglinge, aus Staatsmitteln zu. Alle Werkstätten des Vereins erhalten sich selbst bis auf ganz geringe Zugaben für Lehrmaterial. An dem Ausbau der Werkstätten hat sich das Wohlfahrtsamt im letzten Jahr durch die Zuweisung von Reichsmitteln beteiligt.

Unter den Betriebsleitern sind vier frühere Zöglinge des Vereins; etwa hundert erwachsene ehemalige Zöglinge sind zu einer Ortsgruppe des Selbsthilfebundes der Körperbehinderten zusammengetreten (Perlbund), die in enger Fühlung mit dem Verein steht.


Ferienheim der Hamburger Krüppelfürsorge Neu-Wulmstorf

DIE GESCHLECHTSKRANKEN-FÜRSORGE

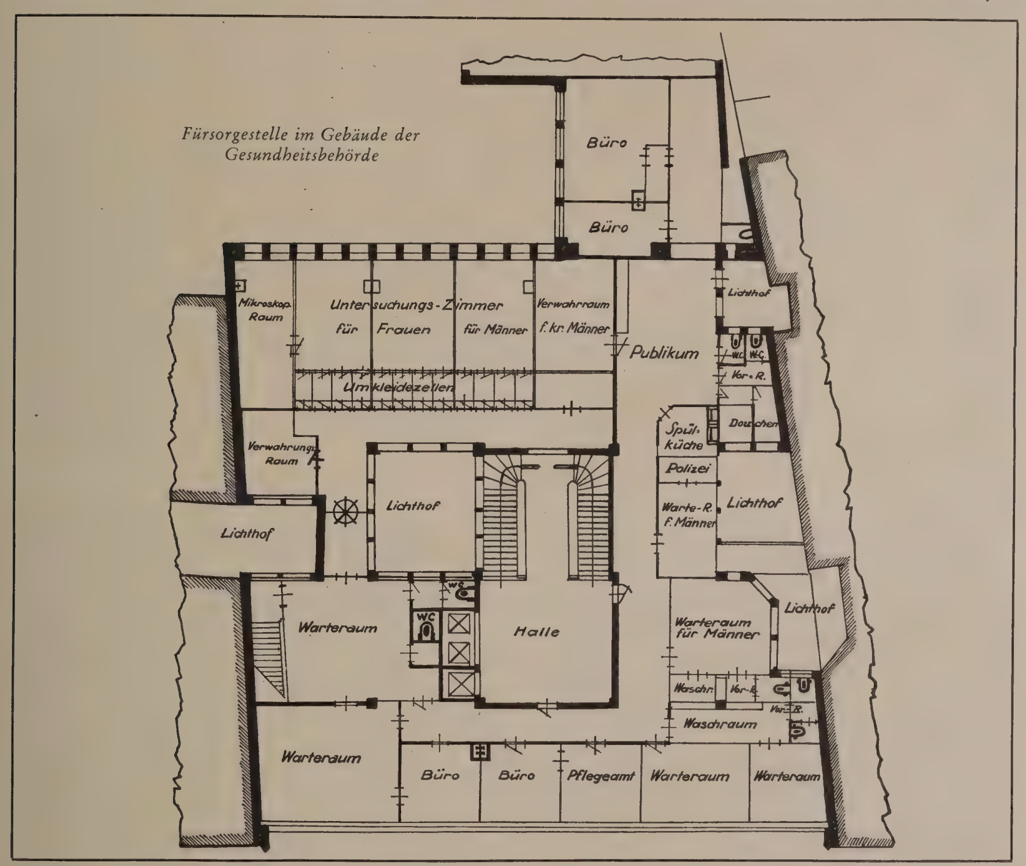
VON PHYSIKUS DR. KURT HOLM, GESUNDHEITSBEHÖRDE

DIE Geschlechtskranken-Fürsorge in Hamburg im Sinne des Gesetzes vom 18. Februar 1927 hat schon lange vor dem Inkrafttreten des Gesetzes in Hamburg in bestimmten Richtungen praktische Bearbeitung erfahren. In Hamburg wurde im Jahre 1914 als erste in ganz Deutschland eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke eingerichtet, deren Kosten damals von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte getragen wurden. Diese Beratungsstelle gewann mit dem Ansteigen der Geschlechtskrankheiten Ende des Krieges und in der Inflationszeit zunehmend an Bedeutung. Durch die Not der Inflationszeit war die Landesversicherungsanstalt gezwungen, ihre Beihilfen einzustellen. Die Beratungsstelle wurde aber aufrechterhalten unter Übernahme der Kosten durch den Staat. Neben dieser Beratungsstelle, die sich in demselben Kontorhause in der Mönckebergstraße befand, in der das damalige Gesundheitsamt untergebracht war, wirkten gleichsinnig die Polikliniken für Geschlechtskranke in den drei großen Krankenhäusern St. Georg, Eppendorf und Barmbeck und vom Jahre 1924 an auch die Beratungsstelle für geschlechtskranke Seeleute im Seemannshause gegenüber dem Hafenkrankenhause, das kurz die „Seemannsfürsorge" genannt wird. Die Aufgaben dieser Beratungsstellen sind schon kurz durch den Namen gekennzeichnet. Der Umfang ihrer Tätigkeit und die Durchführung ihres Dienstes stützten sich auf mitarbeitende Maßnahmen der Krankenhäuser, der allgemeinen Gesundheitspflege, des Hafenarztes und der gesamten Ärzteschaft der Stadt. Diese Beratungsstellen und Polikliniken stellten eine Ergänzung dar zu den polizeilichen Maßnahmen, die sich lediglich mit der Prostitution beschäftigten. Neben der Beratung der Geschlechtskranken und der in einzelnen Fällen nötigen Behandlung befaßte man sich auch mit der Prophylaxe, indem man in den staatlichen Krankenanstalten prophylaktische Stationen einrichtete und ferner auf den ankommenden Schiffen im Hafen sowie in der Seemannsfürsorge selber auf Wunsch Prophylactica abgab. In der Seemannsfürsorge und im Hafen ist damals — wie auch jetzt noch — hiervon ziemlich ausgedehnter Gebrauch gemacht worden. Wenn man bedenkt, daß diese Beratungsstellen fast ausschließlich auf die Einsicht und Freiwilligkeit der in die Sprechstunde Kommenden angewiesen waren, so ist die Besuchszahl als recht erfreulich zu bezeichnen und spricht für die Berechtigung dieser Beratungssprechstunden. In den beiden Tabellen 1 und 2 sind die Besuchsziffern der früheren Beratungsstelle in der Mönckebergstraße und der Seemannsfürsorge wiedergegeben, getrennt nach der Gesamtzahl und den zum ersten Male Erscheinenden. Über die Seemannsfürsorge sind die Zahlen seit ihrer Gründung im Jahre 1924 und über die Beratungsstelle in der Mönckebergstraße seit dem Jahre 1923 gebracht worden. Nicht enthalten sind die poliklinischen Patienten der Krankenhäuser.

Am Ende dieser Tabellen ist der Übergang zu der neuen Dienstdurchführung seit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Oktober 1927 dargestellt. Diese graphische Darstellung ist aber nur für kurze Zeit durchgeführt auf dieser Tabelle, um den Übergang zu veranschaulichen; der weitere zahlenmäßige Verlauf seit dem 1. Oktober 1927 wird noch in besonderen Darstellungen gebracht. Mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes war eine Umänderung des gesamten Betriebes nötig, zumal verschiedene sehr wesentliche Aufgaben, die bisher von der Polizei in anderer Weise wahrgenommen waren, jetzt in Ausführung dieses hygienischen Gesetzes zur Gesundheitsbehörde übernommen wurden. Der Übergang war jedoch nicht so schwierig, wie er vielleicht an manchen andern Stellen gewesen ist. Einmal war durch die vorher beschriebene Tätigkeit der Beratungsstellen der Boden für die neuen Einrichtungen bereitet, und zwar neben den obengenannten Stellen mittlerweile auch seit einigen Jahren in den von der Landesversicherungsanstalt bezahlten Beratungsstellen der hamburgischen Städte Bergedorf und Cuxhaven, dann aber auch war man tatsächlich schon vor Inkrafttreten des Gesetzes in wesentlichen Punkten zu seinen Bestimmungen übergegangen, nachdem man in Hamburg die Bordelle aufgehoben hatte. Die Polizei und die Gesundheitsbehörde hatten sich zu gemeinsamer Arbeit gefunden und hatten diese seit dem Frühsommer 1927 zum Teil schon in den Räumen der Gesundheitsbehörde durchgeführt. Über die nach dem neuen Gesetz bestehende Zusammenarbeit von Gesundheitsbehörde und Polizei soll hier im einzelnen, was die gesetzlichen Bestimmungen anbetrifft, nicht näher berichtet werden. Dies ist nachzulesen in der hamburgischen Ausführungsverordnung zum Gesetz, die sich durch erfreuliche Kürze auszeichnet. Es sei nur so viel gesagt, daß die Polizei sich auf eine unterstützende und zuführende Tätigkeit beschränkt, und es sei über die Praxis dieser Zusammenarbeit erwähnt, daß sie sich in besonders erfreulichen Formen fruchtbringend entwickelt hat. Ihren äußern Ausdruck hat diese Harmonie zum Nutzen der Sache gefunden in der weiteren Unter-

stellung des Pflegeamtes unter die Polizeibehörde, bei räumlicher Vereinigung dieses Amtes mit der Geschlechtskrankenfürsorge der Gesundheitsbehörde. Das Pflegeamt hat nämlich in Ausführung der hamburgischen Bestimmungen die übrige fürsorgerische Betreuung der erwachsenen weiblichen Personen in Ergänzung der gesundheitsfürsorgerischen Maßnahmen der Gesundheitsbehörde durchzuführen, während entsprechend der Kreis der erwachsenen männlichen Personen der Wohlfahrtsbehörde und der Jugendlichen und Minderjährigen der Jugendbehörde zur ergänzenden Fürsorge zufällt. Daneben werden auch die Organe und Einrichtungen freier Verbände mit Nutzen zu diesen Aufgaben herangezogen. Alle diese Dienststellen gelten als unterstützende und helfende Instanzen für die pflegerischen Maßnahmen, die Ermittlungen, die Vorführungen und die Sicherstellungen bei angeordneten Zwangsmaßnahmen. Für die Durchführung des Gesetzes ist im gesamten Staatsgebiet die Gesundheitsbehörde zuständig.

Die Organisation der Fürsorgen und ihr geschäftlicher Verkehr sind folgendermaßen geregelt: Mit der gesamten verwaltungsmäßigen Bearbeitung sowie mit den besonderen Aufgaben, die im Gesetz der Gesundheitsbehörde vorbehalten sind, ist ein Physikus beauftragt. In den Fürsorgestellen selber arbeiten ausschließlich Fachärzte und Fachärztinnen, die entweder Angestellte der Krankenhäuser sind oder auf besonderen Vertrag für diese Leistungen verpflichtet sind und nach ihren geleisteten Dienststunden bezahlt werden. Außer den Fürsorgestellen in Bergedorf und Cuxhaven, die auch jetzt noch von der Landesversicherung unterhalten werden, befinden sich in der Stadt Hamburg fünf Fürsorgestellen und einige „Filialsprechstunden", die auf Staatskosten betrieben werden. Diese „Filialen", im Rahmen anderer Behördenbetriebe eingerichtet, aber besetzt



Fürsorgestelle im Gebäude der Gesundheitsbehörde

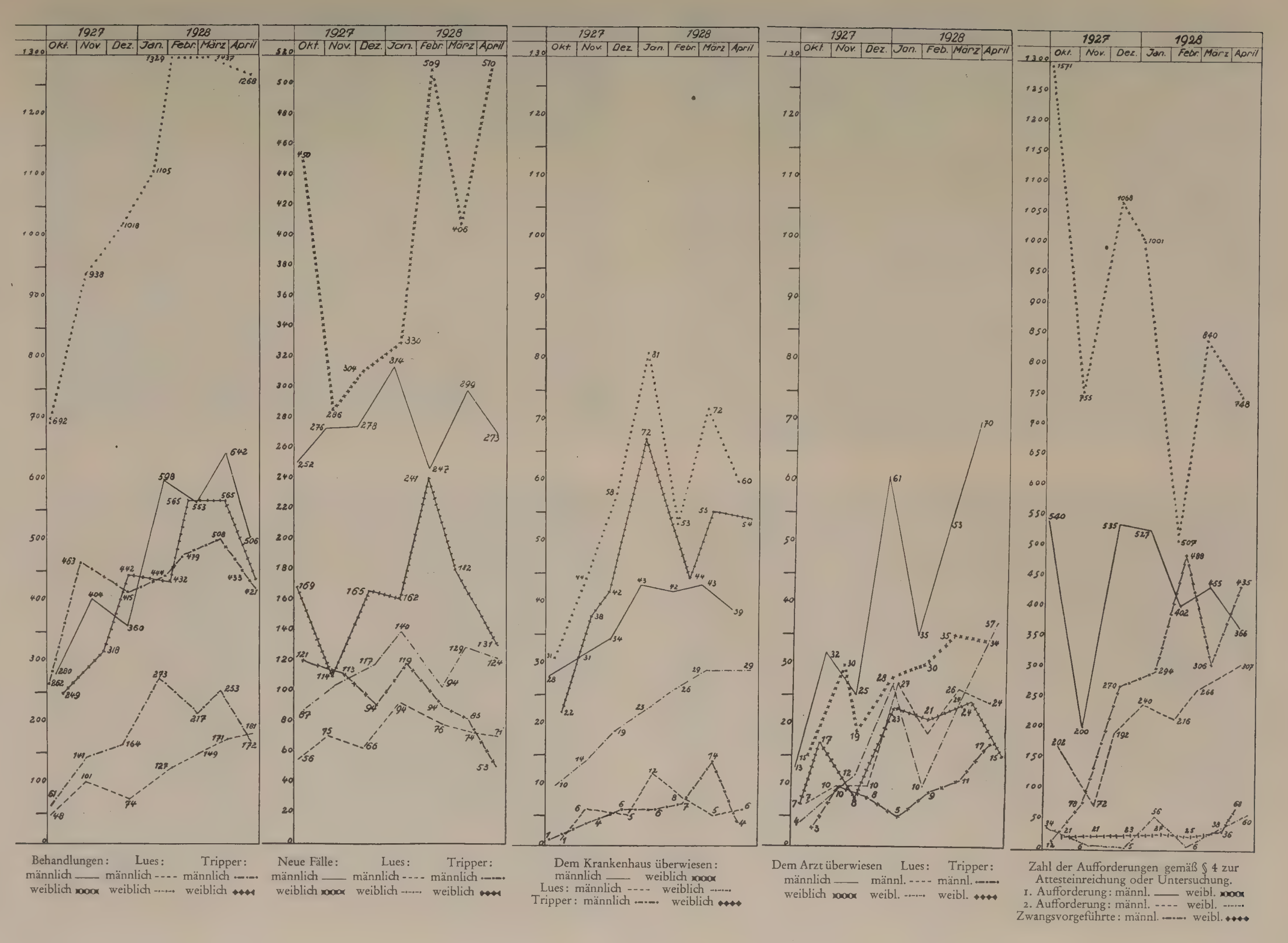
Geschlechtskrankenberatungsstelle seit 1923 und Übergang in den Fürsorgebetrieb am 1. Oktober 1927

Geschlechtskrankenfürsorgestelle für Seeleute (Seemannsfürsorge) seit 1924

(Zeichenerklärung wie bei Kurve 1)

Gesamtzahl der Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen in den 5 Fürsorgestellen
Insgesamt ◆◆◆◆ männlich .... weiblich ——

Untersuchungen männlich —— weiblich xxxx
Lues: männlich - - - - weiblich -.-.-.
Tripper: männlich ..—.. weiblich ◆◆◆◆



Behandlungen: männlich —— weiblich ⋈⋈⋈ Lues: männlich ---- weiblich -·-·- Tripper: männlich -·-·- weiblich ♦♦♦♦

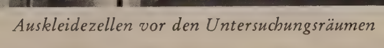
Neue Fälle: männlich —— weiblich ⋈⋈⋈ Lues: männlich ---- weiblich -·-·- Tripper: männlich -·-·- weiblich ♦♦♦♦

Dem Krankenhaus überwiesen: männlich —— weiblich ⋈⋈⋈ Lues: männlich ---- weiblich -·-·- Tripper: männlich -·-·- weiblich ♦♦♦♦

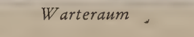
Dem Arzt überwiesen männlich —— weiblich ⋈⋈⋈ Lues: männl. ---- weibl. -·-·- Tripper: männl. -·-·- weibl. ♦♦♦♦

Zahl der Aufforderungen gemäß § 4 zur Attesteinreichung oder Untersuchung.
1. Aufforderung: männl. —— weibl. ⋈⋈⋈
2. Aufforderung: männl. ---- weibl. -·-·-
Zwangsvorgeführte: männl. -·-·- weibl. ♦♦♦♦

Fürsorgestelle im Gebäude der Gesundheitsbehörde


Auskleidezellen vor den Untersuchungsräumen




Warteraum


Untersuchungsraum mit Auskleidezellen


Untersuchungsraum



Abort (Pariser Art)

mit Ärzten der Gesundheitsbehörde, und bezüglich der gesundheitlichen Maßnahmen auch dieser unterstellt, sind die Sprechstunden in dem Mädchenheim der Jugendbehörde in der Alstertwiete und in dem Asyl der Polizeibehörde für obdachlose Frauen. In allen diesen Stellen wird beraten, untersucht, in ganz bestimmten seltenen Fällen Mittelloser auch behandelt, und mit Ausnahme der dem verwaltenden Amtsarzt vorbehaltenen Aufgaben werden hier auch alle sonstigen, aus dem Gesetz sich ergebenden Notwendigkeiten durchgeführt, von denen eine lückenlose Kartothekführung besonders erwähnt sei. Es ist selbstverständlich, daß alle Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen in diesen Fürsorgestellen kostenlos sind, während besonders zu betonen ist, daß in Hamburg, im Gegensatz zu den meisten anderen deutschen Ländern, von der Gesundheitsbehörde angeforderte Atteste außerhalb der Fürsorgestellen nicht honoriert werden. Da genügende Gelegenheit zu kostenloser Untersuchung in den Fürsorgestellen jederzeit gegeben ist, bestand für Hamburg kein Grund, darüber hinaus noch von Privatärzten ausgestellte Atteste staatsseitig zu honorieren.

Die Durchführung des Dienstes soll nicht im einzelnen beschrieben werden, es seien vielmehr nur einige erwähnenswerte Punkte herausgegriffen: Die Eingänge zu den Fürsorgestellen sind überall so gelegen, oder mit den Eingängen zu andern Dienststellen kombiniert, daß der Ratsuchende von der Straße nicht als solcher erkannt werden kann. Es ist überhaupt für die Art der Dienstdurchführung zum obersten Prinzip gemacht worden, unter Vermeidung aller unnötigen Schreiberei, bureaumäßigen Ausfragung, Warterei usw. den Charakter der Privatsprechstunde eines Arztes in den Fürsorgestellen bestmöglich nachzuahmen. Der relativ hohe Anteil freiwillig Kommender ist ein Zeugnis für das erfolgreiche Streben in dieser Richtung, das schon in der Einrichtung und Ausschmückung der Warteräume durch Bilder, freundlich gehaltene Wände und Möbel seinen äußeren Ausdruck gefunden hat. Besonderes Gewicht wird auch stets darauf gelegt, die Patienten nur dann in die Fürsorgestellen zu laden, wenn dies in Ausführung des Gesetzes nötig ist. Je mehr sich die Ärzte der Stadt auch nachgehend ihrer Patienten annehmen, um so mehr Patienten kommen zu einer zweckmäßigen Behandlung, ohne daß die Fürsorgestellen hierdurch belastet werden, und darüber hinaus werden noch zahlreiche Ratsuchende zur weiteren Behandlung und Beobachtung an den Arzt ihres Vertrauens aus der Stadt verwiesen, ganz gleich, ob sie diesen Vertrauensarzt nun als „Privatpatient", als „Kassenpatient" oder als „Wohlfahrtspatient" aufsuchen. Die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, die auch zahlenmäßig einen lebhafteren Ausdruck finden könnte, als dies im ersten halben Jahre des neuen Gesetzes geschah, wird als eine der wesentlichsten Aufgaben angesehen, um das neue Gesetz wirkungsvoll zu gestalten.

Einen ungefähren Einblick in die innere Einrichtung verschiedener Fürsorgestellen geben die beigefügten Bilder und Pläne. Auf die zahlreichen Warteräume sei besonders hingewiesen; diese sind nötig, um in den Warteräumen gegenseitige sittliche Gefährdung des sehr unterschiedlich zusammengesetzten Publikums auszuschließen. Die beiden größten Fürsorgestellen befinden sich in dem Gebäude der Gesundheitsbehörde am Besenbinderhof und in der Klinik für Haut- und Geschlechtskranke im Krankenhause St. Georg. In der ersteren geschieht die gesamte zentrale Bearbeitung aller die Geschlechtskranken-Fürsorge angehenden Angelegenheiten.

Es muß natürlich in diesem Aufsatz, der rein die tatsächlichen Einrichtungen beschreiben soll, darauf verzichtet werden, weiter auf die Beurteilung der Gesetzesauslegung und der sich daraus ergebenden Folgerungen einzugehen. Manches ist schon gesagt worden, und das Wesentlichste der hamburgischen Auffassung über die nachgehende und vorbeugende Fürsorge findet seinen klaren zahlenmäßigen Ausdruck in den beigegebenen Leistungstabellen, die durch ihre Beschriftung ohne weiteres verständlich sind.

DIE TRINKERFÜRSORGE DER WOHLFAHRTS-BEHÖRDE HAMBURG

VON OBERREGIERUNGSRAT DR. JAQUES

MAN kann die Trinkerfürsorge ebensowohl als Aufgabe des Gesundheitswesens wie als solche des Wohlfahrtswesens betrachten; denn die Folgeerscheinungen der Trunksucht zeigen sich sowohl auf gesundheitlichem wie auf wirtschaftlichem Gebiete, dort in geistigen und körperlichen Erkrankungen des Trinkers, als gesundheitliche Gefahr für seine nähere Umgebung und in Verkümmerung seines Nachwuchses, hier in Not und Elend und Entsittlichung des Trinkers und seiner näheren Angehörigen. In Hamburg begründete das Wohlfahrtsamt im Jahre 1922 eine planmäßige Trinkerfürsorge gemeinsam mit der „Trinkerfürsorge Hamburg", einer Vertretung der Trinkerheilung und Trinkerrettung betreibenden freien Vereine, und trat zur Aufbringung der Kosten mit den hamburgischen Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte zu einer Arbeitsgemeinschaft der Trinkerfürsorge zusammen. Heute ist diese Arbeitsgemeinschaft in der Gesundheitsfürsorge-Arbeitsgemeinschaft (GeFAG) aufgegangen, der außer den schon genannten Stellen die Gesundheitsbehörde, das Jugendamt und einige auf dem Gebiete der Volksgesundheitsflege tätige freie Vereinigungen angehören. Die Wohlfahrtsbehörde hat inzwischen für seine auf dem Gebiete der Trinkerfürsorge liegende vorbeugende Tätigkeit die gesetzliche Grundlage in der Reichsfürsorgepflichtverordnung und in den zu ihr ergangenen Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge gefunden. Kaum ein Gebiet der öffentlichen Fürsorge ist so sehr geeignet, zukünftigen Notständen vorzubeugen, wie gerade die Trinkerfürsorge; niemand ist ein geeigneterer Gegenstand für die vielseitigen Fürsorgegebiete der Wohlfahrtspflege, wie gerade der Trinker und seine Familie. Die Wohlfahrtsbehörde legt in der Trinkerfürsorge, wie übrigens auch entsprechend auf andern Gebieten der Gesundheitsfürsorge, besonderen Wert auf eine möglichst vollständige Erfassung aller Fälle, auch wo es sich um Trinker handelt, mit denen die öffentliche Fürsorge sonst noch nicht befaßt ist.

Die Wohlfahrtsbehörde erhält Trunksuchtsmeldungen von allen Behörden, deren Tätigkeit durch den Alkoholismus in Anspruch genommen wird.

An Trunksuchtsmeldungen gingen ein:

1923	711
1924	604
Übertrag	1315
1925	918
1926	1050
1927	1172
insgesamt	4455

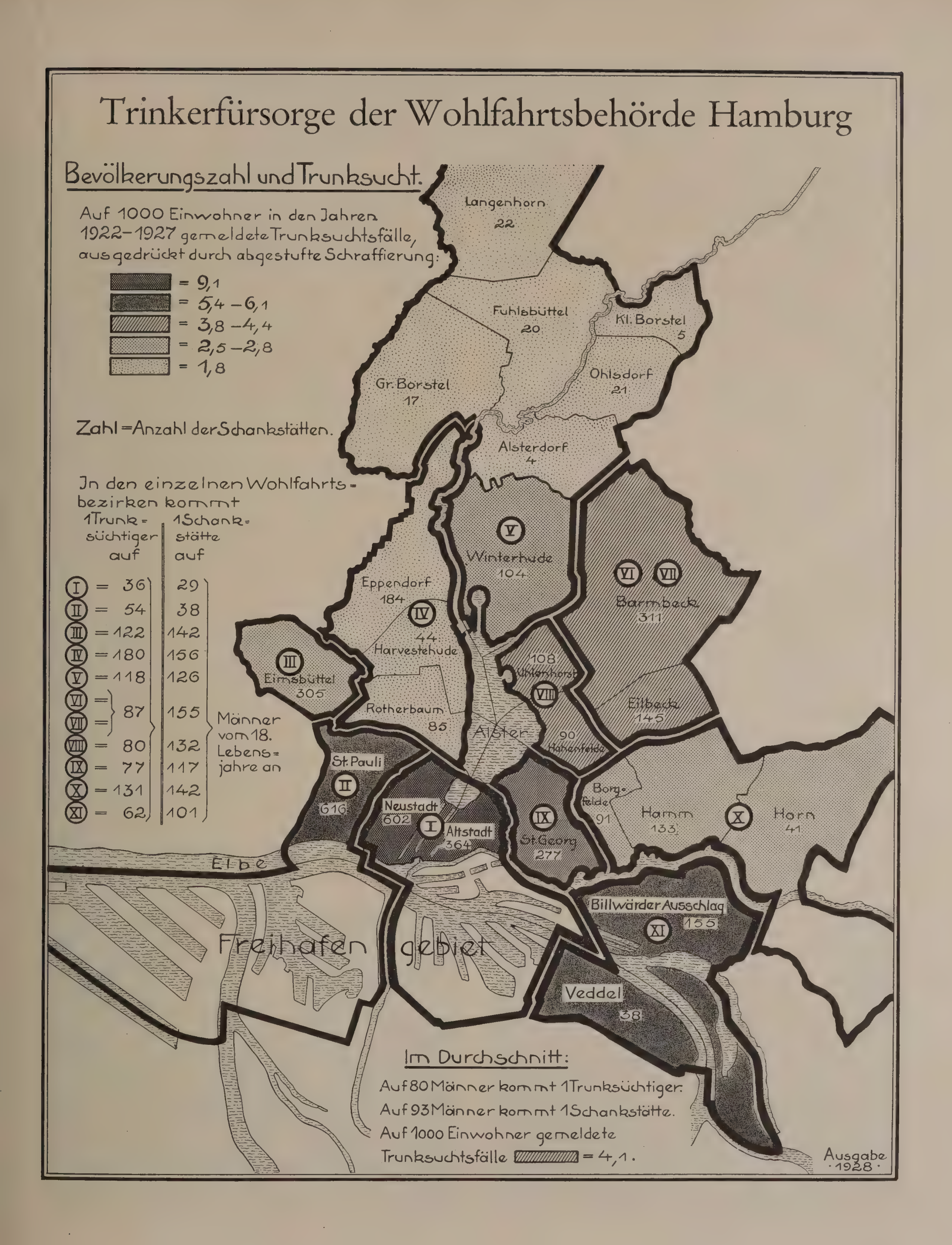
(darunter 7,5 v. H. Trinkerinnen).

Unter den meldenden Stellen treten naturgemäß die öffentlichen Irren- und Krankenanstalten besonders hervor.

Sammelstellen für die Neumeldungen sind die 11 Bezirksstellen der Wohlfahrtsbehörde, die den einzelnen Fall mit einer Sachdarstellung an den ihnen zur Betreuung geeignet erscheinenden alkoholgegnerischen Verband zur Betreuung übergeben und sich von diesem über den Erfolg berichten lassen. Wo Anstaltspflege erforderlich erscheint, wird nach Einholung eines vertrauensärztlichen Gutachtens Entmündigung und vorläufige Vormundschaft beantragt. Die Vormundschaft liegt in der Regel als Sammelvormundschaft in den Händen eines Oberbeamten der Wohlfahrtsbehörde. Als Anstalten kommen hauptsächlich die Trinkerheilstätten des Staatlichen Versorgungsheims, die Abteilung für unheilbare Trinker daselbst (vgl. für beides Seite 418) und die beiden staatlichen Irrenanstalten in Betracht.

Die angefügte Übersichtskarte ist das Ergebnis einer Zusammenstellung der in den Jahren 1922 bis 1927 gemeldeten Trunksuchtsfälle, verteilt auf die einzelnen Bezirksstellen der Wohlfahrtsbehörde. Es wird darin die Häufigkeit der Trunksuchtsfälle im Verhältnis zur Bevölkerungszahl, ebenso die Zahl der Schankstätten zur Zahl der über 17jährigen Männer in den einzelnen Stadtteilen dargestellt. Es ist auffallend, wie im allgemeinen die Trunksucht mit der Häufigkeit der Schankstätten in den einzelnen Stadtteilen steigt. Man vergleiche nacheinander die betreffenden Zahlen bei den Wohlfahrtsstellen I, II, XI, V, III, X, IV. Daß die Wohlfahrtsbezirke VIII und VI/VII hier eine Abweichung ergeben, hängt anscheinend damit zusammen, daß im Bezirk dieser drei Wohlfahrtsstellen eine besonders rührige Bezirksstelle der freien Trinkerfürsorge (Guttemplerorden) arbeitet. Das Bild läßt ferner ohne weiteres erkennen, daß die dem Hafen am nächsten gelegenen Stadtteile die stärkste Trunksuchtsziffer aufzuweisen haben.

Am 1. Januar 1928 standen 3121 Trinkerfälle in laufender Fürsorge.


Trinkerfürsorge der Wohlfahrtsbehörde Hamburg
Bevölkerungszahl und Trunksucht.
Auf 1000 Einwohner in den Jahren 1922–1927 gemeldete Trunksuchtsfälle, ausgedrückt durch abgestufte Schraffierung:
= 9,1
= 5,4 – 6,1
= 3,8 – 4,4
= 2,5 – 2,8
= 1,8
Zahl = Anzahl der Schankstätten.
In den einzelnen Wohlfahrtsbezirken kommt
1 Trunksüchtiger auf
1 Schankstätte auf
I = 36 29
II = 54 38
III = 122 142
IV = 180 156
V = 118 126
VI, VII = 87 155
VIII = 80 132
IX = 77 117
X = 131 142
XI = 62 101
Männer vom 18. Lebensjahre an
Langenhorn 22
Fuhlsbüttel 20
Kl. Borstel 5
Ohlsdorf 21
Gr. Borstel 17
Alsterdorf 4
Winterhude 104
Barmbeck 311
Eppendorf 184
44 Harvestehude
Eimsbüttel 305
108 Uhlenhorst
Eilbeck 145
Rotherbaum 85
Alster
90 Hohenfelde
St. Pauli 616
Neustadt 602
Altstadt 364
St. Georg 277
Borgfelde 91
Hamm 133
Horn 41
Elbe
Billwärder Ausschlag 155
Freihafengebiet
Veddel 38
Im Durchschnitt:
Auf 80 Männer kommt 1 Trunksüchtiger.
Auf 93 Männer kommt 1 Schankstätte.
Auf 1000 Einwohner gemeldete Trunksuchtsfälle = 4,1.
Ausgabe 1928

SCHULÄRZTLICHER DIENST

VON DR. SOHÈGE, OBMANN DER SCHULÄRZTE

SEHR frühzeitig unter den deutschen Städten hat Hamburg im Jahre 1907 einen schulärztlichen Dienst zunächst an den Volksschulen eingeführt. Es wurden zehn Schulärzte nebenamtlich angestellt. Auf jeden Schularzt entfielen damals durchschnittlich 16 Schulen, d. h. etwa 10 000 Kinder. Als Grundlage der schulärztlichen Tätigkeit galten und gelten noch heute die *Reihenuntersuchungen,* die alle zwei Jahre an jeder Schule zur Durchführung gelangen. Die ermittelten kranken Schüler werden ärztlicher Behandlung zugeführt und in den regelmäßig an jeder Schule abgehaltenen Sprechstunden fortlaufend beobachtet. Im letzten Berichtsjahr wurden in 90 Volksschulen und 18 höheren Schulen sämtliche Kinder, in 107 Volksschulen nur die Schulanfänger untersucht.

Der allgemeine Gesundheitszustand hat sich zwar in den letzten Jahren im Hinblick auf die Kriegs- und Nachkriegserscheinungen gehoben, ja der Vorkriegszustand kann im allgemeinen als wieder erreicht gelten, jedoch ist die Zahl der Erholungsbedürftigen noch immer recht groß. Auch bei den Berufsschulen hat sich der Gesundheitszustand von Schüler und Schülerinnen wesentlich gebessert. Je nach Bezirk und Beruf ist der körperliche Zustand sehr verschieden. Eine größere Zahl von Skoliosen (nicht Haltungsanomalien) mußte der Krüppelfürsorge gemeldet werden.

Um der immerhin hohen Zahl der Haltungsanomalien und leichten Wirbelsäulenverkrümmungen zu begegnen, wurde bereits in den meisten Schulen das Zehnminutenturnen eingeführt.

Die männlichen Schüler der Berufsschulen wurden größtenteils regelmäßig auf Geschlechtskrankheit untersucht, die Mädchen nicht.

Die letzter Zeit erfolgte Hinzuziehung der Schwestern der Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz zu den Untersuchungen der Lernanfänger wurde von vielen Schulärzten als angenehm empfunden, zumal sie dem Schularzt in vielen Fällen Auskunft über etwa in früheren Jahren durchgemachte Krankheiten geben konnten.

Eine Behandlung findet grundsätzlich nicht statt. Die Arbeit der Schulärzte erfolgt im engsten Zusammenwirken mit sämtlichen Organisationen der sozialen Fürsorge, insbesondere mit den Tuberkulosefürsorgestellen und dem Jugendamt.

Über jeden Schüler wird ein Gesundheitsbogen geführt, der ihn von der Einschulung bis zur Entlassung aus der Schule begleitet. Die äußerst wichtigen halbjährlichen Messungen und Wägungen der Schüler, die in die Bogen eingetragen werden, geben im Verein mit den Untersuchungsbefunden des Schularztes jederzeit ein brauchbares Bild über den gesundheitlichen Entwicklungsgang jedes Kindes.

Einen breiten Raum in der schulärztlichen Arbeit nahm von Anfang an die *Erholungsfürsorge* ein. Aufgabe der Schulärzte ist es, die geeigneten Kinder auszuwählen für die in immer größerer Zahl erstehenden Erholungsheime und Ferienkolonien an der See, auf dem Lande und im Gebirge. Im Schuljahre 1909/1910 wurde den Schulärzten auch der Dienst an den zwölf Hilfsschulen übertragen. Die Zahl der Schulkinder betrug damals einschließlich der Hilfsschulen 108 000. Die Zahl der Schulärzte wurde 1911 auf zwölf erhöht. Im gleichen Jahre gaben die Erfahrungen der Schulärzte über den mißlichen Stand der Zahnpflege den Anstoß zur Einrichtung einer Zahnklinik, zunächst in Anlehnung an das zahnärztliche Institut der Dienstbotenkrankenkasse; später (seit 1920) — nach notwendig gewordener Dezentralisation — in besonderen, vorzüglich ausgestatteten Zahnkliniken.

Während der Kriegsjahre ruhte der schulärztliche Dienst, weil fast alle Schulärzte zum Heeresdienst eingezogen waren. Die veränderten Zeiten und die Neugestaltung des gesamten Schulwesens brachten den Schulärzten eine Fülle neuer Aufgaben. Mit dem erzwungenen Fortfall des Heeresdienstes gewannen die *Leibesübungen* und der *Sport* eine vorher ungeahnte Bedeutung. *Die Berufsberatung* in den höheren Klassen fand in verstärktem Maße Eingang. Die Zahl der Schulärzte wurde auf 16 erhöht, so daß auf den einzelnen Schularzt etwa 6—8000 Kinder entfielen. Die schulärztliche Tätigkeit erfuhr 1920 nochmals eine wesentliche Erweiterung durch die Einbeziehung der *Berufsschulen,* mit deren Überwachung besondere Schulärzte, zunächst vier, seit 1927 zehn an der Zahl, betraut werden. Auch hier werden Reihenuntersuchungen (alljährlich) und regelmäßige Sprechstunden abgehalten. Bei einer Gesamtzahl von etwa 50 000 Berufsschülern entfallen auf jeden Berufsschularzt (Ärztin) etwa 5000 Schüler (Schülerinnen). In den übrigen öffentlichen Schulen Hamburgs stellt sich das Verhältnis noch erheblich günstiger, weil als Folge des Geburtenausfalles während des Krieges die Zahl der Volksschüler von 116 432 im Schuljahr 1913/14 auf 89 660 im Jahre 1927 gesunken ist. Es wirken an den Hamburger Schulen — abgesehen von den Berufsschulärzten — z. Zt. 22 Schulärzte, denen durchschnittlich 4000 Kinder zugewiesen sind.

DIE SCHULZAHNPFLEGE

VON DIREKTOR DR. FRHR. V. GLAUBITZ

DIE Schulzahnpflege wurde am 1. April 1911 für die Schulen Hamburgs eingeführt, und zwar wurden die Schulkinder anfangs in der Zahnklinik der Dienstbotenkrankenkasse der Behörde für das Versicherungswesen Hamburg poliklinisch betreut.

Am 1. April 1920 übernahm der Hamburger Staat obige Klinik als Schulzahnklinik.

1923 begann die Sanierung des Mundes und der Zähne der Volksschulkinder vom Schulantritt bis zur Schulentlassung, 1924 die Regulierung der Zähne.

1920 wurde die Filiale Rothenburgsort, 1927 die Filialen Hamm-Horn und Unterbarmbeck, 1928 die Filiale Eimsbüttel gegründet. Weitere Filialen sind in den Vororten Hamburgs geplant. Der Schulzahnklinik ist die zahnärztliche Behandlung der Wohlfahrtspatienten, der erwerbslosen Gewerbeschüler und der Kindergärten angegliedert. An der Zahnstation der Krankenhäuser St. Georg, Eppendorf und Barmbeck werden ebenfalls seit 1920 Schulkinder behandelt.

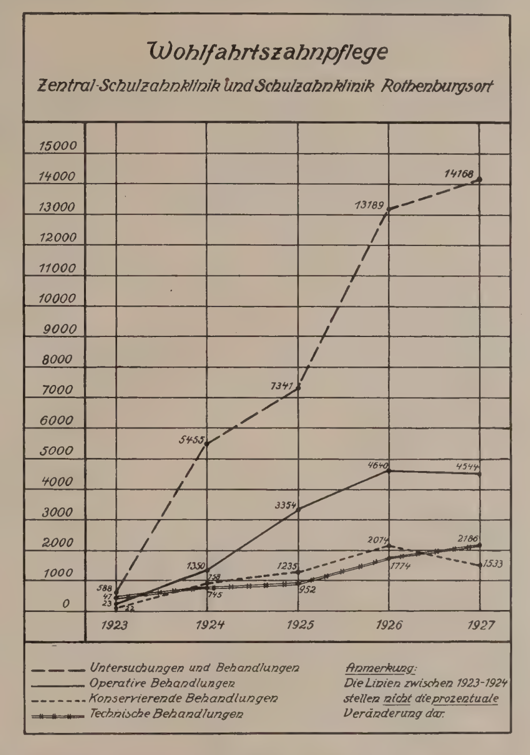
Der Gesundheitszustand des Mundes und der Zähne der Schulkinder Hamburgs war in der Kriegs- und Nachkriegszeit als schlecht zu bezeichnen, derselbe hat sich durch die Einführung der Sanierung 1923, durch fortlaufende Untersuchungen, Kontrolle und Aufklärung langsam gebessert.

Die steigende Kurve der Untersuchungen und Behandlungen zeigt eine Zunahme:

a) in der Zentral-Schulzahnklinik
von 13834 im Jahre 1920 auf 64351 im Jahre 1927

b) in den Krankenhäusern
von 9485 im Jahre 1920 auf 32000 im Jahre 1927

Im Rahmen dieses kurzen Aufsatzes erscheint es unnötig, auf den Wert einer systematischen Sanierung der Zähne der Schulkinder näher einzugehen.

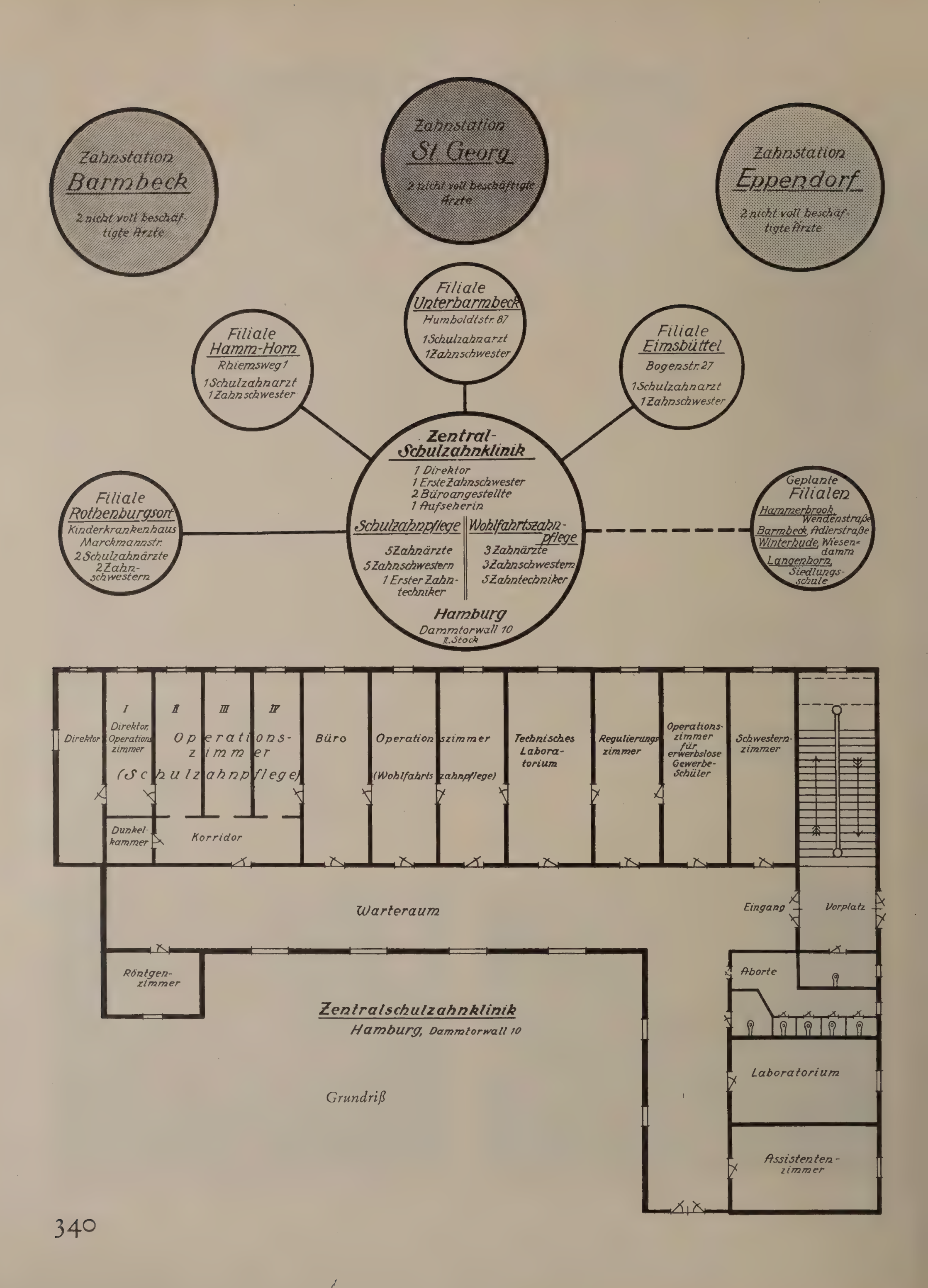




Regulierungszimmer der Zentral-Schulzahnklinik



Technik der Zentral-Schulzahnklinik


Zahnstation Barmbeck
2 nicht voll beschäftigte Ärzte
Zahnstation St. Georg
2 nicht voll beschäftigte Ärzte
Zahnstation Eppendorf
2 nicht voll beschäftigte Ärzte
Filiale Unterbarmbeck
Humboldtstr. 87
1 Schulzahnarzt
1 Zahnschwester
Filiale Hamm-Horn
Rhiemsweg 1
1 Schulzahnarzt
1 Zahnschwester
Filiale Eimsbüttel
Bogenstr. 27
1 Schulzahnarzt
1 Zahnschwester
Zentral-Schulzahnklinik
1 Direktor
1 Erste Zahnschwester
2 Büroangestellte
1 Aufseherin
Schulzahnpflege
5 Zahnärzte
5 Zahnschwestern
1 Erster Zahntechniker
Wohlfahrtszahnpflege
3 Zahnärzte
3 Zahnschwestern
5 Zahntechniker
Hamburg
Dammtorwall 10
II. Stock
Filiale Rothenburgsort
Kinderkrankenhaus
Marckmannstr.
2 Schulzahnärzte
2 Zahnschwestern
Geplante Filialen
Hammerbrook, Wendenstraße
Barmbeck, Adlerstraße
Winterhude, Wiesendamm
Langenhorn, Siedlungsschule
Direktor
I
II
III
IV
Direktor, Operationszimmer
Operationszimmer (Schulzahnpflege)
Büro
Operationszimmer (Wohlfahrtszahnpflege)
Technisches Laboratorium
Regulierungszimmer
Operationszimmer für erwerbslose Gewerbeschüler
Schwesternzimmer
Dunkelkammer
Korridor
Warteraum
Eingang
Vorplatz
Röntgenzimmer
Aborte
Laboratorium
Assistentenzimmer
Zentralschulzahnklinik
Hamburg, Dammtorwall 10

Grundriß



Warteraum der Zentral-Schulzahnklinik

Die Bedeutung gesunder Zähne für den allgemeinen Gesundheitszustand, ja sogar für die Aufmerksamkeit und geistige Leistungsfähigkeit des Kindes und auch für das spätere Lebensalter ist in der Wissenschaft heute so allgemein anerkannt, daß es selbstverständlich ist, daß die Belehrung der Schulkinder über den Wert gesunder Zähne eine der wesentlichsten Aufgaben ist. Diese Belehrungen geschehen regelmäßig bei allen Behandlungen und Vorführungen und im besonderen Maße bei den klassenweisen Durchuntersuchungen in den Schulen selbst.

Das Ziel der allgemein durchgeführten Sanierung muß auch hier erreicht werden in der Form, daß eine Senkung des Anteils der bei der Untersuchung behandlungsbedürftig befundenen Kinder stattfindet. Zur Zeit ist der behandlungsbedürftige Anteil noch sehr hoch und auf etwa 60 bis 80 v. H. zu schätzen.

Schulzahnpflege Hamburg

70000 · 60000 · 50000 · 40000 · 30000 · 20000 · 10000 · 0

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
———	13834	28277	29548	40968	43340	42770	52786	64351
— — —	9485	15398	20917	23057	25388	26910	25819	32000

——— Anzahl der Untersuchungen bezw. Behandlungen der Zentralschulzahnklinik, Dammtorwall 10, und ihrer Filialen.

— — — Anzahl der Untersuchungen bezw. Behandlungen der Zahnstationen in den Krankenhäusern.

DAS HAMBURGER ORTHOPÄDISCHE SCHULTURNEN

VON ERNST FISCHER UND DR. MED. DEUTSCHLÄNDER

DIE ersten orthopädischen Schulturnkurse, sechs an der Zahl, wurden mitten in der Kriegszeit, am 20. Juli 1916, eingerichtet. Sie vermehrten sich nach dem Kriege ziemlich rasch und erreichten im Jahre 1923 die Höchstzahl von 21, wurden aber in der Inflationszeit bis auf zehn Kurse abgebaut, um dann allmählich wieder auf 15 Kurse im Jahre 1928 anzusteigen. Zur Zeit ist für diese Kurse ein Betrag von Rm. 10 500 im Haushaltsplan der Oberschulbehörde vorgesehen.

Bei einer schulpflichtigen Bevölkerung von etwa 100 000 stellen die schiefwüchsig veranlagten Schulkinder ein Gefährdetenmaterial dar, das in ausgedehntem Maße der sozialhygienischen Fürsorge bedarf. Daran ändert auch nichts die Tatsache, daß sich ein ganz erheblicher Prozentsatz der schiefwüchsig veranlagten Kinder vielleicht von selbst wieder bessert oder zum mindesten stationär bleibt.

Anfangs im Sinne eines Turnens von Körperbehinderten geführt, an dem auch Kinder mit schweren Rückgratsverkrümmungen teilnehmen konnten, entwickelten sich die orthopädischen Schulturnkurse vom Jahre 1919 ab ausschließlich im Sinne eines *vorbeugenden* orthopädischen Turnens, um den Schiefwuchs *in seinem Beginn* zu bekämpfen und seine Fortentwicklung nach Möglichkeit zu verhüten. Hierbei gelangen nur Maßnahmen zur Anwendung, wie sie der Schule im Rahmen der körperlichen Erziehung zur Verfügung stehen: zum Teil Freiübungen unter besonderer Berücksichtigung der Haltung und Atmung, zum Teil auch Übungen an Geräten, wie sie in den Schulturnhallen vorhanden sind. Eine Anwendung von besonders konstruierten Apparaten, wie sie in fachärztlichen Instituten bei der Behandlung dieses Leidens gebräuchlich sind, wird abgelehnt, da die Kurse kein Ersatz für fachärztliche Behandlung sein sollen, sondern ausschließlich den Charakter einer vorbeugenden sozialhygienischen Maßnahme im Rahmen der körperlichen Erziehung besitzen sollen.

Die Kurse stehen unter der ständigen Aufsicht eines orthopädischen Facharztes, der für den sachgemäßen Betrieb, die Auswahl der Fälle, die Beurteilung der Ergebnisse, die Entlassungen usw. verantwortlich ist. Der Unterricht selbst wird von besonders für diesen Zweck geschulten Lehrkräften erteilt. Die Teilnahme an den Kursen steht jedem Kinde frei, das eine unter Aufsicht der Oberschulbehörde stehende Hamburger Schule, auch höhere Schule oder Privatschule besucht. Die Teilnahme ist freiwillig, unentgeltlich und zeitlich unbeschränkt; über die Aufnahme entscheidet eine fachärztliche Untersuchung.

Das Hamburger orthopädische Turnen hat insofern eine eigene Note, als ein besonderer Nachdruck auf die *orthopädische* Ausführung der Übungen gelegt wird. Nicht die Übungsform an sich, sondern lediglich die Art der Ausführung bedingt den orthopädischen Charakter, der seinerseits wieder durch die Art des Leidens bestimmt wird. Bei jedem schiefwüchsig veranlagten Kinde ist die Wirbelsäule nach einer Richtung hin verkrümmt und damit der Rumpf verkürzt und zusammengesunken. Will man diese Verkrümmung ausgleichen, so muß bei den Übungen die Wirbelsäule gestreckt werden. Gleichzeitig muß hierbei auch auf die richtige Atmung geachtet werden, da auch diese einen wesentlichen formgestaltenden Einfluß auf die Entwicklung des Brustkorbes und Rumpfes besitzt. Die Berücksichtigung der Atmung bedingt wiederum eine gewisse Zügigkeit und Gemessenheit des Übungsrhythmus. Mit solchen Eigenschaften ausgestattete Übungen, die sich unter ständigem Selbstausgleich vollziehen müssen, sind die wesentlichen Bestandteile des Hamburger orthopädischen Schulturnens und bedingen dessen orthopädischen Charakter.

Während das übliche Schulturnen allgemeine Gesundheitspflege, einschließlich Erziehung zu guter Haltung ist, ist das orthopädische Schulturnen bereits Heilgymnastik und verlangt daher auch eine fachärztliche Beaufsichtigung.

Der Selbstausgleich kann bei den Übungen durch bestimmte Hilfshandgriffe unterstützt werden, wie z. B. durch Aufstützen der Hände auf den Beckenkamm (Beckenstütz), durch Einstemmen der Hände gegen die überhängende Seite (Seitenstütz), durch Auflegen der Hände auf den Nacken (Nackenstütz).

Abb. 1 stellt einen Knaben mit nach links gerichteter Verkrümmung der Wirbelsäule dar;

Abb. 2 zeigt, wie in diesem Falle der Selbstausgleich mit Hilfe des Nackenstützgriffes herbeigeführt wird. Aus dem Vergleich der beiden Bilder ist deutlich zu erkennen, daß auf diese Weise die Verbiegung der Wirbelsäule ausgeglichen wird und wie zugleich auch hierdurch die Verkürzung des Rumpfes beseitigt wird.

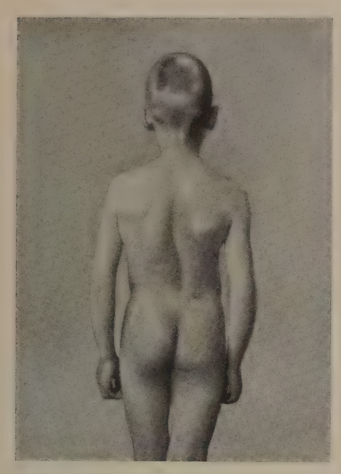


Abb. 1. Linksgerichtete Verkrümmung der Wirbelsäule

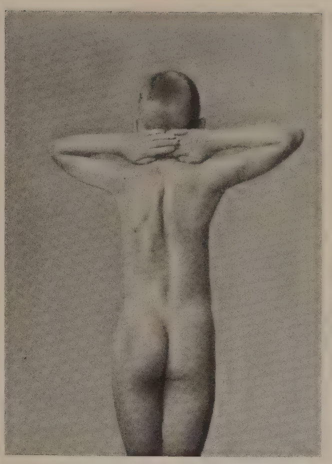


Abb. 2. Ausgleich der linksgerichteten Wirbelsäulenverkrümmung durch Nackenhalte

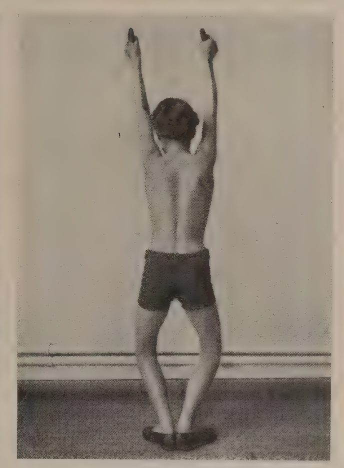


Abb. 3. Selbstausgleich durch Hochhalte der Arme mit gleichzeitiger Kniebeuge

Abb. 3 gibt die Übung eines Mädchens wieder, die in Hochhalte der Arme mit gleichzeitiger Kniebeuge besteht; auch hier ist sehr deutlich der Selbstausgleich und die schöne Streckung der Wirbelsäule zu erkennen.

Abb. 4 zeigt drei Mädchen, die an einem Gerät der Sprossenwand den Streckhang mit gleichzeitigem Vorheben der Beine üben. Auch hier ist wiederum die Streckung das Wesentliche.

Übungen, die nach diesen Gesichtspunkten ausgeführt werden, führen bei richtiger Auswahl der Fälle meist zu recht erfreulichen Ergebnissen, und im Durchschnitt konnten etwa 75 v. H. der Kinder, die in dieser Weise längere Zeit orthopädisch turnten, mit guter, zum mindesten mit wesentlich gebesserter Haltung aus den Turnkursen entlassen werden. — Außer den von der Oberschulbehörde unterhaltenen orthopädischen Schulturnkursen bestehen noch an einer Reihe von Schulen des Hamburgischen Stadt- und Landgebietes orthopädische Turnkurse, die auf dem Wege der Selbsthilfe von den einzelnen Schulen eingerichtet wurden. Auch das Wohlfahrtsamt unterhält mehrere solcher Kurse, die fachärztlich überwacht werden. Neuerdings ist auch die Berufsschulbehörde ans Werk gegangen, orthopädische Turnkurse einzurichten, da sich auch für die berufsschulpflichtige Hamburger Jugend das dringende Bedürfnis herausgestellt hat, vorbeugende Maßnahmen gegen den auch hier noch massenhaft auftretenden Schiefwuchs zu ergreifen.

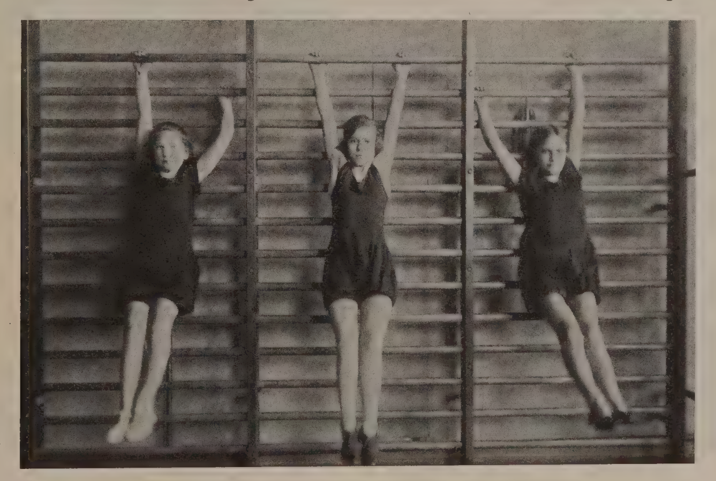


Abb. 4. Vorheben der Beine im Streckhang an der Sprossenwand

ÖFFENTLICHES RETTUNGS- UND KRANKENTRANSPORTWESEN

VON VERWALTUNGSDIREKTOR HILLE

DAS öffentliche Rettungswesen wird von der Polizeibehörde verwaltet, die auf diesem Gebiete im allgemeinen diejenigen Aufgaben wahrnimmt, die in andern Großstädten vielfach Rettungsgesellschaften usw. zufallen.

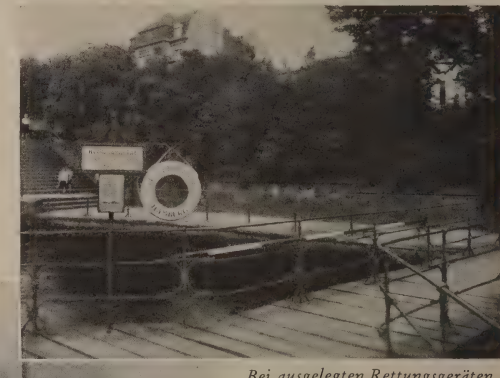
Als Unfallstationen dienen die über das ausgedehnte Stadtgebiet verteilt liegenden Polizeiwachen und Feuerwachen sowie die staatlichen und privaten Krankenhäuser.

Das Personal der Wachen ist in der ersten Hilfeleistung bei Unfällen ausgebildet. Die Wachen sind mit Verband- und Transportmitteln ausgerüstet und haben öffentlichen Fernsprechanschluß. Sie nehmen nötigenfalls den nächst erreichbaren Arzt in Anspruch und sorgen für die Beförderung des Hilfsbedürftigen in das nächstgelegene Krankenhaus. Die Polizeiwachen haben auf Verlangen ärztliche Hilfe, namentlich während der Nacht, herbeizuschaffen. Eine Liste der hilfsbereiten Ärzte liegt in jeder Polizeiwache aus.

Die Krankenhäuser nehmen nicht nur Schwerverletzte und Schwerkranke auf, sondern auch Leichtverletzte können dort zu jeder Tages- und Nachtzeit Verbände oder ärztliche Hilfe erhalten.

In dem $17^1/_2 \times 3^1/_2$ Kilometer ausgedehnten Hafengebiet mit seinen zahlreichen industriellen Betrieben und Lagerhäusern sind außer den Polizeiwachen zwei besondere Unfallstationen vorhanden. Eine zentrale Unfallmeldestelle sorgt für die unverzügliche Hilfeleistung durch die nächstgelegene Unfallstation. Entsprechende Hinweistafeln sind überall im Hafen angebracht. Die Unfallstationen sind mit Heilgehilfen besetzt und mit allen für die erste Hilfeleistung bei Betriebsunfällen erforderlichen Einrichtungen versehen. Den Heilgehilfen stehen Fahrräder, ein Krankentransportboot und Dienstbarkassen zur Verfügung. Das Krankentransportboot hat zwei Kajütenaufbauten für sitzend und liegend zu befördernde Kranke oder Verletzte.

Für Hilfeleistungen bei Unfällen auf dem Wasser sind an den Wasserläufen und Kanälen an zahlreichen Stellen Rettungsboote, Rettungshaken, Rettungsringe und für den Winter sogen. Eisboote und Eisleitern ausgelegt. Auch befinden sich an verschie-



Bei ausgelegten Rettungsgeräten angebrachter Ständer mit Plakat, enthaltend eine Anweisung zur Wiederbelebung Ertrunkener



Rettungsgeräte an den Flußläufen: Eisleitern, Rettungshaken, Leichenangel, Rettungsring, Rettungsboote



Krankenautomobil des öffentlichen Krankentransportes



Krankenautomobil des öffentl. Krankentransportes mit Tragbahre

denen Punkten Plakate, die eine Anweisung zur Wiederbelebung Ertrunkener oder Erstickter enthalten. Die polizeilichen Dienstbarkassen sind mit Verbandmitteln für die erste Hilfeleistung und mit Krankentragbahren ausgerüstet.

Den Krankentransport besorgen zwei unter einheitlicher Leitung stehende Krankentransportstellen, die rechts und links der Alster (ABC-Straße 54, Hof, und Zimmerstraße 31) belegen sind. Die Krankentransportstelle ABC-Straße ist gleichzeitig zentrale Meldestelle für Straßenunfälle. Befördert werden ohne Einschränkung Kranke und Verletzte aller Art nicht nur in die Krankenhäuser, sondern auch in die Wohnung. Für den Krankentransport stehen 22 Krankenautomobile und 21 Pferdewagen zur Verfügung. Die Krankenwagen können bei den Krankentransportstellen der Polizeibehörde und bei sämtlichen Polizeiwachen auch durch Fernsprecher zu jeder Zeit bestellt werden. Die Transporte werden in der Regel von der Beibringung einer ärztlichen Bescheinigung, die bei nicht ansteckenden Kranken auf weißem, bei ansteckenden Kranken auf rotem Vordruck auszustellen ist, abhängig gemacht. In Not und Unglücksfällen ist eine derartige Bescheinigung nicht erforderlich.

An Hilfeleistungen auf dem Gebiete des öffentlichen Rettungswesens waren zu verzeichnen:

	1926 Personen oder Fälle	1927 Personen oder Fälle
1. Im Not- und Unfallkrankenhaus (Hafenkrankenhaus) untergebracht	3555	3414
2. In der Verbandstation dieses Krankenhauses ärztliche Hilfe geleistet und verbunden	5315	6717
3. Hilfeleistung durch die Unfallstationen im Hafen	486	753
4. Hilfeleistung durch die Polizei- und Hafenpolizeiwachen	3422	4728
5. Herbeischaffung ärztlicher Hilfe durch die Polizeiwachen		
a) am Tage, vorwiegend bei Unfällen an öffentlichen Orten	1352	2085
b) in der Nacht, vorwiegend bei Erkrankungen in der Wohnung, weil auf anderem Wege kein Arzt zu erlangen war	2958	4702
6. Transporte:		
a) mit Krankenwagen der Polizeibehörde	28091	31845
b) mit Räderbahren der Polizeibehörde	1441	1318
c) mit Dienstbarkassen	205	335
d) mit Privatbeförderungsmitteln auf Anfordern der Polizeiwachen	375	1206

DIE KRANKENFÜRSORGE DER WOHLFAHRTSBEHÖRDE

VON OBERINSPEKTOR STUMPF, WOHLFAHRTSBEHÖRDE

Die Gesundheitsfürsorge wird von der Wohlfahrtsbehörde als eines ihrer bedeutungsvollsten Arbeitsfelder angesehen. Die durch Krieg und Nachkriegszeit erschütterte Volksgesundheit erfordert vornehmlich für Kinder und Jugendliche besondere gesundheitliche Fürsorgemaßnahmen. Über diese vorbeugenden Maßnahmen ist an anderer Stelle eingehend berichtet.

Die Gewährung von Krankenhilfe gehört zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Fürsorge. Sie umfaßt für die laufend unterstützten Familien sowie für die durch Kassenleistung nicht erfaßten minderbemittelten Personen die Gewährung von ärztlicher Hilfe, von Arzneien und Heilmitteln, von Krankenhauspflege und Erholungskuren.

ÄRZTLICHE HILFE.

In der alten hamburgischen Armenpflege übte eine kleine Zahl festbesoldeter Bezirksarmenärzte die ärztliche Betreuung aus. An diesen Bezirksarmenarzt hatten sich alle im Bereich des Bezirks Wohnenden zu wenden. Die Bezirksärzte wurden von drei zu drei Jahren gewählt, Wiederwahl war zulässig bis zu einer Gesamtdienstdauer von 15 Jahren. Die Bezirksärzte standen mit den ehrenamtlichen Armenpflegeorganen in enger Verbindung; sie hatten an den Sitzungen der Armenpfleger teilzunehmen. Mit der 1921 erfolgten Gründung des Wohlfahrtsamtes wurde mit diesem System der ärztlichen Versorgung Hilfsbedürftiger gebrochen und es wurde die unbeschränkte freie Arztwahl eingeführt. Es wurde mit dem kassenärztlichen Verein ein Vertrag abgeschlossen, auf Grund dessen sämtliche dem Verein angehörenden Ärzte für das Wohlfahrtsamt die Behandlung der sie aufsuchenden Patienten übernehmen konnten. Die Erfahrungen zeigten aber sehr bald, daß die Verhältnisse von Krankenkassen nicht ohne weiteres auf Fürsorgebehörden übertragen werden können. Der den Bedürftigen auf öffentliche Kosten behandelnde Arzt muß sich gleichzeitig als Organ der Fürsorge fühlen und eine Verbindung seiner Anordnungen mit den sonstigen fürsorgerischen Maßnahmen in geeigneten Fällen anstreben. Dazu bedarf es einer gewissen Fühlung zwischen Arzt und Fürsorgestelle, die bei der allgemeinen freien Arztwahl — in Frage kommen über 700 Ärzte — nicht möglich war. Aus diesem Grunde wurde dann auch schon im Jahre 1923 das System der ärztlichen Versorgung dahin geändert, daß außer einer Reihe von Fachärzten für den Bereich einer jeden Wohlfahrtsstelle nur eine beschränkte Zahl von behandelnden Ärzten (10 bis 15) zugelassen wurden, unter denen die Patienten die freie Auswahl haben. Im Jahre 1927 standen 147 praktische Ärzte und 96 Fachärzte in solcher Verbindung mit dem Wohlfahrtsamt. Da diese Vertragsärzte im Bereich jeder Wohlfahrtsstelle wieder unter einem sogenannten Bezirksvertrauensarzt als dem Mittler zwischen den Ärzten und der Behörde zusammengefaßt werden, ist jetzt die Möglichkeit einer Verbindung zwischen fürsorgerischer Arbeit und ärztlichem Dienst gegeben. Die Bezirksvertrauensärzte werden zudem in zweifelhaften Fällen nur bei Anordnung der Gewährung kostspieliger Heilmittel gehört. Die Besoldung der Ärzte ist so geregelt, daß für jeden Fall vierteljährlich Rm. 6.— Pauschale an den Ärzteverband gezahlt werden, die tatsächlichen Leistungen der einzelnen Ärzte werden, berechnet nach dem sogenannten Punktsystem, durch Unterverteilung honoriert. — Der Umfang der ärztlichen Versorgung erhellt daraus, daß im Jahre 1927 54 227 Krankenscheine — 43 352 an laufend unterstützte, 10 875 an andere minderbemittelte Personen — ausgegeben wurden. Nur für die ärztliche Versorgung wurden im Jahre 1927 mehr als 500 000 Rm. aufgewendet. Erwähnt werden mag, daß 1927 in fast 1600 Fällen die Wohlfahrtsbehörde notärztliche Hilfe honorieren mußte.

Die Wohlfahrtsbehörde ist ständig bemüht, in enger Verbindung mit den Vertrauenspersonen der Ärzte die ärztliche Betreuung der Wohlfahrtspatienten so auf dem laufenden zu halten, daß alle Kreise befriedigt sind.

ARZNEIEN, HEILMITTEL.

Die Aufwendungen der Wohlfahrtsbehörde für Arzneien, Heilmittel, Verbandzeug, Brillen, Bäder, Massagen, Bandagen und ähnliche Hilfsmittel sind immer recht erheblich gewesen; sie übersteigen in der Regel den Aufwand für ärztliche Behandlung. Im Jahre 1927 wurden für Arzneien usw. 580 000 Rm. verausgabt. In diesem Betrag sind aber noch nicht die Ausgaben für orthopädische Hilfsmittel und orthopädisches Schuhzeug enthalten, dafür sind weitere rund 100 000 Rm. aufgewendet worden. Bei Anträgen auf Gewährung von größeren orthopädischen Hilfsmitteln und orthopädischem Fußzeug sind die vom Vertragsarzt auszustellenden Anweisungen einem besonderen Facharzt für Orthopädie vorzulegen, der die Nachprüfungen vorzunehmen und später nach erfolgter Lieferung die ordnungsgemäße Anfertigung zu bescheinigen hat. Die Anfertigung von orthopädischen Hilfsmitteln und orthopädischem Fußzeug erfolgt bei Vertragslieferanten.

ZAHNÄRZTLICHE HILFE.

Die zahnärztliche Versorgung der Hilfsbedürftigen der Wohlfahrtsbehörde war auf Grund von Verträgen früher den Zahnärzten übertragen. Da es im Jahre 1923 nicht gelang, sich wegen Verlängerung des Vertrages mit den Zahnärzten zu verständigen, wurde die zahnärztliche Betreuung der Schulzahnklinik übertragen. Der Schulzahnklinik liegt auch die Anfertigung von Zahnprothesen, vor deren Gewährung der Vertrauenszahnarzt der Behörde gehört wird, ob. Diese Regelung hat einen guten Erfolg zu verzeichnen und findet allgemeine Zustimmung.

GEWÄHRUNG VON KRANKENHAUSFÜRSORGE.

Außerordentlich belastet sind die Ausgaben der Wohlfahrtsbehörde durch Kosten für die Krankenhauspflege von Personen, denen die Mittel zur Selbstzahlung fehlen und die von einer Krankenkasse nicht gewährt werden. In bald 28 000 Fällen wurden für gut 1 800000 Verpflegungstage mehr als 10 Millionen Reichsmark verausgabt. Im Durchschnitt währte ein Fall der Krankenhausbehandlung 31 Tage. In Hamburg macht sich das Fehlen eines Leichtkrankenhauses durch hohe Aufwendungen für Krankenhauspflege besonders fühlbar. Im Zusammenhang hiermit sei erwähnt, daß zur Vermeidung von Krankenhauspflege Hauspflege durch geeignete Personen erörtert und daß diese Einrichtung der Wohlfahrtsbehörde nach Möglichkeit gefördert wird.

HEILSTÄTTENFÜRSORGE.

In der sonstigen Gesundheitsfürsorge für Erwachsene stellt sich die Wohlfahrtsbehörde in erster Linie mit in den Kampf gegen die Tuberkulose und leiht, im engsten Einvernehmen mit den Fürsorgeorganen des Landesverbandes für Volksgesundheitspflege, insbesondere den von ihm unterhaltenen Tuberkulosefürsorgestellen und den Fürsorgerinnen, für die Wiederherstellung der Tuberkulosen oder für ihren Schutz vor erneuter Krankheit ihren wirtschaftlichen Beistand, sei es, daß es sich hierbei um Gewährung von Betten, Bettwäsche, Kleidung, Milch, sonstigen Stärkungsmitteln oder um die Unterbringung in Heil- und Erholungsstätten handelt. Insbesondere, wo die Gewährung des Heilstättenaufenthaltes die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt, werden die Kranken in die hamburgische Heilstätte Geesthacht oder in sonstige Anstalten entsendet. Aber auch bei andern Leiden zahlt die Wohlfahrtsbehörde den Minderbemittelten die ihnen fehlenden Kosten für die vertrauensärztlich als notwendig erachtete Behandlung in einer Heilstätte oder einem Kurort. Hierbei sind die Gesichtspunkte vorbeugender Fürsorge in den Vordergrund gestellt. Im Jahre 1927 wurden rund 650 Anträge von erwachsenen Personen auf Einleitung eines Heilverfahrens, etwa 300 auf Gewährung eines Erholungsaufenthaltes gestellt. Die Anträge wurden in gut 350 Fällen genehmigt; der Kostenaufwand betrug 1927 mehr als Rm. 100000.—.

MILCHVERSORGUNG.

Als weitere Versorgung im Rahmen der Gesundheitsfürsorge der Wohlfahrtsbehörde ist die Milchversorgung, die Kindern, werdenden Müttern, Wöchnerinnen und Kranken zuteil wird, zu erwähnen. Neben den laufend Unterstützten kommt diese Fürsorge auch Personen zugute, deren Einkommen sich in bescheidener Höhe hält. Im Jahre 1927 sind für die Milchversorgung insgesamt Rm. 320 000.— aufgewendet worden.

WOCHENFÜRSORGE.

Die Wochenfürsorge für Minderbemittelte, die sich der von der Wochenhilfe der Krankenkassen nicht erfaßten werdenden Mütter und Wöchnerinnen anzunehmen hat, ist durch die Fürsorgepflichtverordnung den Wohlfahrtsämtern übertragen. Die Leistungen sollen mindestens den Pflichtleistungen der Kasse für mitversicherte Familienangehörige entsprechen. Sie sind in der Wohlfahrtsbehörde festgesetzt auf die Gewährung ärztlicher Versorgung oder Hebammenhilfe bzw. Aufnahme in die Entbindungsanstalt, Gewährung eines Wochengeldes für die Dauer von 10 Wochen in Höhe von 50 Rpf. täglich und Gewährung eines Stillgeldes für die Dauer von 12 Wochen in Höhe des Betrages für 1 Liter Milch täglich. Infolge des weiten Wirkungsbereichs der Krankenkassen ist die Zahl der Fälle für die Wohlfahrtsbehörde verhältnismäßig gering. Im Jahre 1927 wurde 1231 Wöchnerinnen die genannte Fürsorge zuteil, obwohl sich die Wochenfürsorge keineswegs auf die Familien der laufend Unterstützten beschränkt, sondern durch Mithilfe der Fürsorgerinnen alle durch das Wochenbett in fühlbare wirtschaftliche Bedrängnis geratenen Kreise pflichtgemäß zu erfassen trachtet.

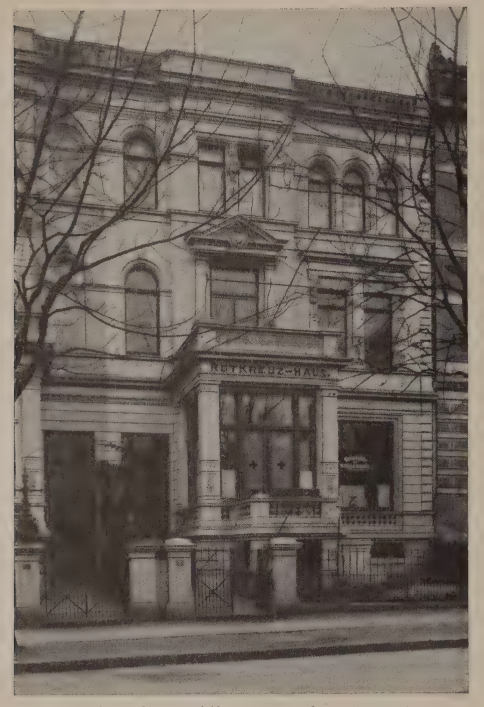
Zur unmittelbaren gesundheitlichen Fürsorge der Wohlfahrtsbehörde gehört noch die dauernde Unterbringung von Blinden, Schwachsinnigen und verkrüppelten Personen, die durchweg in privaten Anstalten untergebracht sind. Wenn auch die Durchführung von Speisungen nicht unmittelbare gesundheitliche Fürsorge darstellt, so darf sie doch in diesem Zusammenhang genannt werden.

Neben der vorher aufgeführten, unmittelbar ausgeübten gesundheitlichen Fürsorge gibt es kaum ein Gebiet der Gesundheitsfürsorge, bei dem nicht die Wohlfahrtsbehörde in Gemeinschaft mit andern öffentlichen und privaten Organisationen mitwirkt, wobei sie hauptsächlich das geldliche Rückgrat bildet.

DAS ROTE KREUZ IN HAMBURG

VON JOHANN MESTERN, GENERALSEKRETÄR DES HAMBURGISCHEN LANDESVEREINS VOM ROTEN KREUZ

DIE Zentrale des Hamburger Roten Kreuzes ist der *Hamburgische Landesverein vom Roten Kreuz*, in dessen Vorstand alle Rotkreuzorganisationen vertreten sind. Zu ihm gehört auch der *Vaterländische Frauenverein vom Roten Kreuz*, über dessen Vereinshospital am Schlump an anderer Stelle berichtet wird.



Rotkreuzhaus Feldbrunnenstraße 7 (jetzt 5)

Der *Hamburgische Landesverein vom Roten Kreuz* betätigte sich in den letzten Jahren vorwiegend mit der Vermittlung und Versendung von Liebesgaben aus dem Auslande. Heute ist sein Hauptarbeitsgebiet die Mittelstandsfürsorge durch seine Abteilung „Nothilfe für den Mittelstand", in der Lebensmittel und Kleidungsstücke zur Ausgabe gelangen, und die Zweigstelle für An- und Verkauf, in der Wert- und Gebrauchsgegenstände aus dem Besitz des notleidenden Mittelstandes umgesetzt werden.

Über die Soziale Krankenhausfürsorge des Roten Kreuzes, die gegenwärtig ein ausgedehntes Arbeitsfeld des Landesvereins darstellt, ist Näheres am Schluß ausgeführt. An dieser Stelle möchten wir nur auf folgendes hinweisen:

Die Soziale Krankenhausfürsorge wurde im März 1917 durch die Sozialen Hilfsgruppen ins Leben gerufen und ist seit 1924 dem Hamburgischen Landesverein vom Roten Kreuz eingegliedert. Sie arbeitet bereits seit 1917 in den allgemeinen Krankenhäusern Eppendorf, Barmbeck, St. Georg mit Kinderhospital und im Hafenkrankenhaus. Sie konnte sehr bald auf die Lungenstation der Staatskrankenanstalt Langenhorn, Vereinshospital und das Marienkrankenhaus ihre Fürsorge ausdehnen. Als Anfang 1923 der Verein „Brücke" seine Fürsorge für entlassene Geisteskranke einstellen mußte, schlossen wir, einem dringenden Bedürfnis abzuhelfen, auch die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg in unser Tätigkeitsfeld ein. In Erkenntnis der großen Wichtigkeit gerade dieses Arbeitsgebietes sind wir bemüht, hier unsere Tätigkeit immer mehr auszudehnen und zu vertiefen.

Der *Landesverein* unterhält außerdem eine Bibliothek, bestehend aus bis jetzt annähernd 400 Schriften über das Deutsche Rote Kreuz und die internationalen Rotkreuzstellen. Besonders die Veröffentlichungen des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, Genf, und der Liga der Rotkreuzgesellschaften, Paris, sowie die Schriften über das Jugendrotkreuz, das sich in 59 Ländern durchgesetzt hat, bieten viele interessante Aufschlüsse über die Bestrebungen des Roten Kreuzes.

Ferner hat der *Landesverein* einen Zentralkatalog über Wohlfahrtspflege und Grenzgebiete über die in 28 hamburgischen Bibliotheken vorhandene Literatur u. a. über Psychologie, Sozialhygiene, Jugend- und Wohlfahrtspflege im engeren und weiteren Sinne eingerichtet. Die hierfür ausgearbeitete Kartothek hat Aufstellung gefunden in den Bibliotheksräumen des Weltwirtschaftsarchivs, Poststraße 19.

Der Vaterländische Frauenverein vom Roten Kreuz unterhält *ein Tagesheim für Kinder*, Heußweg 23, in dem täglich annähernd 100 Kinder Aufnahme finden. Er betätigt sich auch in der *Studentenhilfe* und auf andern fürsorgerischen Gebieten. Seine *Jugendabteilung* zählt über 100 Mitglieder. Dem Vaterländischen Frauenverein gehören die *Ortsgruppen* Cuxhaven, Langenhorn, Bergedorf und Geesthacht an. Er bildet *Helferinnen* und *Nothel-*



Abtransport Verletzter bei Neubau-Unglück



Verlade-Übung in Flugzeug auf dem Flugplatz Fuhlsbüttel bei Hamburg



Krankentransportauto der Freiwilligen Sanitätskolonne vom Roten Kreuz, Cuxhaven

Im Tagesheim des Vaterländischen Frauenvereins vom Roten Kreuz



Transport eines Verletzten mittels Marinetrage in einen D-Zug-Wagen



Transport eines Erkrankten mittels Marinetrage auf einen Ozeandampfer

ferinnen zur Unterstützung des amtlichen Sanitätsdienstes und Vereinssamariterinnen aus. Die Ortsgruppe *Langenhorn* nahm die Hauspflege in ihr Arbeitsgebiet auf, während die Ortsgruppe *Cuxhaven* sich besonders der Fürsorge für Mutter und Kind annimmt. Die Ortsgruppen *Geesthacht* und *Bergedorf* betreuen in erster Linie Alte und Gebrechliche.

Dem *Landesverein* eingegliedert sind die im hamburgischen Staatsgebiet arbeitenden *Freiwilligen Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz*, und zwar:

die Hamburger Kolonne vom Roten Kreuz und ihre Abteilung Bergedorf,

die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger vom Roten Kreuz,

die Freiwillige Sanitätskolonne vom Roten Kreuz, Hamburg-Ost,

die Freiwillige Sanitätskolonne vom Roten Kreuz, Cuxhaven.

Diese Freiwilligen Sanitätskolonnen befassen sich mit der Ausbildung und Verwendung von Mannschaften zur Unterstützung des amtlichen Sanitätsdienstes bei öffentlichen Notständen, Unglücksfällen und inneren Unruhen. Zur Zeit stehen über 700 ausgebildete Sanitätsmänner auf Anforderung zur Verfügung. Sie betätigen sich auch bei allen größeren Veranstaltungen, sei es im Stadtpark bei Umzügen und Sportfesten, sei es auf dem Flugplatz, sei es auf den anderen Sportplätzen Hamburgs, sei es in den Versammlungsräumen, bei größeren Menschenansammlungen.

Um die Leistungen der einzelnen Sanitätsmänner zu erhöhen, werden regelmäßige Übungen in allen vorkommenden Verwendungsarten vorgenommen. Die Bilder zeigen die gemeinsamen Übungen an Eisenbahn-, Gebäude- und Schiffsunglücksstellen. Durch Geländeübungen und wiederholte Kurse in der Ausbildung für die Erste Hilfe wird eine allen Anforderungen gewachsene Tätigkeit der Kolonnen gewährleistet. Neuerdings ist auch die Ausbildung von Schülern in der Ersten Hilfe wieder, wie vor dem Kriege, aufgenommen worden.

Der *Hamburgische Landesverein vom Roten Kreuz* hat sich neuerdings den *Sanitäts-Schwimm-Verein „Hamburg“ von 1889* angegliedert, der sich vor allem mit der Ausbildung von Rettungsschwimmern befaßt.



Kranken-Lagerungssystem, eingebaut in eine Schute

Auf dem Hamburger Hauptbahnhof unterhält der *Landesverein* eine *Sanitätswache*, die tagsüber ständig mit zwei ausgebildeten Sanitätsmännern besetzt ist, die der Bevölkerung und der Reichsbahnverwaltung bei Unglücksfällen und dem Transport von Kranken zur Verfügung stehen. Die stetig wachsende Inanspruchnahme der Bahnhofswache beweist die Wichtigkeit auch dieser Einrichtung des Landesvereins.



Ausladen eines Erkrankten aus einem Ozeandampfer mittels Dampfwinde

DIE SOZIALE KRANKENHAUSFÜRSORGE DES ROTEN KREUZES.

Von Maria Philippi.

Was will die Soziale Krankenhausfürsorge? Die Soziale Krankenhausfürsorge will für die Kranken das tun, was Arzt und Pflegerin nicht für sie tun können. Sie will ihnen bei den wirtschaftlichen oder andern Sorgen, die durch ihre Krankheit entstehen oder die sie in irgendeiner Form in ihrer Häuslichkeit zurückgelassen haben, Rat und Hilfe schaffen. Sie will den Kranken die Unruhe und Angst nehmen, die ihre Wiederherstellung verzögert. Sie will den Kranken schon während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus die Gewißheit geben, daß sie auch nach ihrer Entlassung Hilfe und Beistand, Rat und Teilnahme in etwa sie erwartenden Schwierigkeiten finden werden, kurz, sie will, wie es einmal treffend ausgedrückt wurde, „die Seele des Patienten stillegen".

Wie wird die Soziale Krankenhausfürsorge in den Krankenanstalten ausgeübt? Sie wird ausgeübt in engster Fühlung mit den Ärzten und Schwestern der Krankenanstalten, in denen sie arbeitet. Ärzte und Schwestern geben solche Patienten auf, von denen sie wissen, daß eine Not oder Sorge sie drückt. Die seelische Einfühlung der Ärzte und Schwestern ist deshalb eine Grundbedingung für eine erfolgreiche und alle umfassende Soziale Krankenhausfürsorge.

Täglich erscheinen die Fürsorgerinnen im Krankenhaus und besuchen die Stationen, von denen sie angefordert sind. Plakate, Briefkästen und Sprechstunden im Krankenhaus, letztere auch außerhalb des Krankenhauses, sind die äußeren Hilfsmittel.

Wie gestaltet sich die Tätigkeit der Krankenhausfürsorgerin nach außen? Die Tätigkeit der Krankenhausfürsorgerin gestaltet sich nach außen als eine vermittelnde: vermittelnd mit den Hausständen der Kranken, vermittelnd aber auch mit allen Behörden: Wohlfahrtsamt, Jugendamt und kirchlichem Jugendamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt usw.; mit allen Versicherungsträgern: Krankenkassen, Invaliden-, Reichs- und Angestelltenversicherung, mit allen Vereinen, wohltätigen Stiftungen, Genesungs-, Kinder- und Jugendheimen usw.

Bedarf die Soziale Krankenhausfürsorge eigener Unterstützungsgelder? Ja, sie bedarf trotz ihrer vermittelnden Tätigkeit solcher Gelder, denn es gibt immer wieder Fälle, die durch die Maschen fallen, und solche, die sofortiges oder ergänzendes Eingreifen erfordern.

Statistik der Sozialen Krankenfürsorge

	1922	1923	1924	1925	1926	1927
I. Besuche im ganzen	13439	17267	27418	32096	34362	45947
1. bei Behörden	3270	4857	7969	9068	10007	13201
2. Hausbesuche	3422	2805	3093	2011	1977	2331
3. Besprechungen im Krankenhause	6747	9605	16356	21017	22378	30415
a) an Betten	4599	6044	9367	12708	13815	18449
b) Verwaltung	805	1947	4318	5605	5364	7352
c) Sprechstunde	1343	1614	2671	2704	3199	5614
II. Neuaufnahmen	1255	1714	2667	3591	4093	5278
III. Ausgehende Briefe und Anträge	513	514	1033	1463	2137	2804
IV. Besorgungen und Wege für Kranke	436	312	793	815	984	1162
V. Sitzungen	49	35	56	24	28	40

DER ARBEITER-SAMARITER-BUND E.V., KOLONNE HAMBURG

VON WERNER PREUSS

IM Jahre 1907 entstanden in einzelnen Orten Deutschlands und im selben Jahre auch in Hamburg die ersten Kolonnen der Arbeiter-Samariter.

Die Kolonne Hamburg machte die Entwicklungskurve des gesamten Bundes in Deutschland im großen und ganzen mit, auch hier unter tatkräftiger Leitung ein erheblicher Anstieg bis zum Beginn des Krieges, ein fast völliges Einschlafen während desselben und ein rascher Aufstieg nach seiner Beendigung. Am Ende des Jahres 1927 verfügte die Kolonne Hamburg über 350 aktive Mitglieder. Im Winter 1927 bis 1928 wurden 400 Personen beiderlei Geschlechts in den Kursen der Kolonne in der ersten Hilfe und in den ersten Grundlagen der Krankenpflege in 26wöchentlichem Kursus unterrichtet. Zum Zwecke einer besonders guten Ausbildung der Kolonnenführer fand im Jahre 1925/26 im Allgemeinen Krankenhause Barmbeck ein Sonderkursus unter Leitung des Leiters der dortigen Krankenpflegeschule statt. Neben den allwöchentlich stattfindenden Fortbildungskursen für die aktiven Mitglieder wurden Massagekurse sowie Kurse in der Hauskrankenpflege durchgeführt. Daneben wird versucht, durch öffentliche Vorträge gesundheitliche Belehrungen in die breiten Massen des Volkes zu tragen. Solche Vorträge sind bisher gehalten worden insbesondere über das Gebiet der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und der Berufshygiene. Ganz besonders aber legt die Kolonne und legen ihre Ärzte Wert auf die Ausbildung der Jugendlichen unter 18 Jahren, die satzungsgemäß der Kolonne als aktive Mitglieder nicht beitreten können. In besonderen Kursen erhalten diese den ersten Unterricht, in den besonderen Fortbildungskursen und Übungen werden sie für ihre spätere Tätigkeit als Arbeiter-Samariter geschult.

Um einen Überblick über den Umfang der bisherigen Tätigkeit zu geben, möge nur eine Zahl hier folgen: Im Jahre 1927 wurden im öffentlichen Leben 2966 Hilfeleistungen bei Unglücksfällen gemeldet, wobei aber nicht vergessen werden darf, daß die große Zahl der täglichen kleinen Unfälle im Haus und in den Betrieben, deren sachgemäße erste Versorgung für das spätere Heilergebnis so unendlich wichtig zu sein pflegt, in der Statistik nicht erscheint.

Der Arbeiter-Samariter-Bund sieht seine Aufgabe darin, überall dort zur Stelle zu sein, wo größere Menschenansammlungen erhöhte Gefahr für die Gesundheit und das leibliche Wohlbefinden des Einzelnen bedeuten.

Einen besonderen Beweis ihrer schnellen Alarmbereitschaft und der Opferfreudigkeit der Mitglieder vermochte die Kolonne bei der Explosion des Phosgentanks am 20. Mai 1928 zu erbringen. 20 Minuten nach erfolgter Explosion waren bereits 60 Arbeiter-Samariter im gefährdeten Gebiet zur Stelle und traten trotz mangelnden Schutzes des einzelnen sofort in Tätigkeit. Im Laufe der Nacht stieg die Zahl der tätigen Samariter auf über 100. Die Arbeiter-Samariter erblickten ihre Aufgabe darin, Polizei und Feuerwehr bei der Räumung des gefährdeten Gebietes und vor allem bei der Behandlung der bereits Erkrankten mit in der Kolonne vorhandenen Sauerstoffgeräten, sowie beim Krankentransport in die



In voller Tätigkeit



Erste Hilfe



Rückkehr von einer Übung



Krankenzelt

Krankenhäuser und Notquartiere aufs wirksamste zu unterstützen.

Aber nicht nur bei Versammlungen, Demonstrationen oder Unfällen betätigt sich die Kolonne, auch in den Ferienkolonien an der Tarpenbek und am Köhlbrand ist die weiße Mütze der Arbeiter-Samariter stets mit Freude begrüßt worden, und es war für alle, die in den Kolonnen arbeiten, eine Genugtuung, immer wieder zu sehen, mit welcher Liebe die Ferienkinder in den Kolonien an den Samaritern hängen.

Seit einigen Jahren besitzt die Kolonne auch eine Reihe in der Hauskrankenpflege gründlich ausgebildeter und in ihr tätiger weiblicher Mitglieder. Die Hauskrankenpflege, die in Zusammenarbeit mit der Arbeiterwohlfahrt ausgeübt wird, erstreckt sich nicht nur auf die Pflege der Erkrankten selber, sondern vor allem auch auf die Versorgung des durch die Krankheit der Hausfrau mutterlos gewordenen Haushalts. Der Umfang dieser Tätigkeit ist ein von Monat zu Monat steigender.

An der sportärztlichen Untersuchung innerhalb der Arbeitersportbewegung beteiligte sich die Kolonne durch eigens hierfür geschulte männliche und weibliche Mitglieder zur Hilfeleistung für die mit diesen Untersuchungen betrauten Ärzte. Im Winter 1927/28 sind über 900 derartige Untersuchungen durchgeführt worden.

An technischem Material ist mangels nötiger Geldmittel die Kolonne noch nicht so ausgerüstet, wie ihre Mitglieder, Leiter und vor allem die Kolonnenärzte es wünschen. Wenn wir aber bedenken, daß lediglich durch die Opferwilligkeit der Mitglieder und einzelner Spenden aus befreundeten Kreisen alles, was die Kolonne bis heute besitzt, geschaffen und erworben wurde, so ist ein Bestand von *drei Krankenzelten, einem Krankentransportauto sowie von den nötigen Tragen, Sauerstoffgeräten, Rettungskästen und Samaritertaschen* in den fünf in Hamburg bestehenden Abteilungen als eine nennenswerte Leistung zu betrachten. Erstmalig in diesem Jahre werden voraussichtlich der Kolonne aus staatlichen Mitteln Beträge, wenn auch nur geringen Umfanges, zufließen.



Krankenzelt



Strandwache

DIE ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE ZU HAMBURG

VON H. STRÜBIG, HAMBURG

ENTWICKLUNG DER KRANKENVERSICHERUNG.

EINE Betrachtung über das Wirken und die soziale Struktur der Allgemeinen Ortskrankenkasse kann sich auf die innere Organisation und die gesetzliche Leistungspflicht erstrecken. Sie kann sich aber auch weiter neben dieser Aufgabe den in der Entwicklung angestrebten Zielen und Zwecken zuwenden. In den nachfolgenden Ausführungen und Darstellungen soll es nun nicht unsere Aufgabe sein, auf alle vorliegenden Begebenheiten und auf die vielerörterten Probleme Ausbau oder Abbau der sozialen Versicherung kritisch einzugehen. Wir wollen hier nur feststellen, was durch das Wirken der sozialen Versicherung, und zwar im besonderen der Krankenversicherung, im Interesse der Allgemeinheit in Hamburg geleistet wird. In diesen Rahmen werden wir zählen: die Bedeutung der Krankenversicherung für die Gesundheitspflege der Bevölkerung, und die Bedeutung für die Volkswirtschaft und insbesondere für die Ärzteschaft.

Unsere Krankenversicherung ist zu dem, was sie heute ist, durch das Wirken vieler Generationen geworden. Der Geist der Selbsthilfe, wie er sich in der energischen Tätigkeit der Zünfte und Brüderschaften bekundete, zeigt uns, daß man stets bestrebt war, für das Wohl der Mitglieder zu sorgen und dafür entsprechende Einrichtungen zu schaffen. So manche Menschenleben, die an diesem Werk mitgearbeitet haben, sind unbeschrieben geblieben, die aber sicher den Ausbau ebenso mächtig gefördert und beeinflußt haben wie die glücklichen Großen, deren Namen in Biographien verzeichnet sind. Aus der Chronik der Stadt Hamburg ersehen wir, daß hier schon im Mittelalter Stiftungen und Unterstützungskassen zum Wohle und zur Pflege der Kranken ins Leben gerufen wurden. Auch die meisten zentralen freien Hilfskassen, die in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts als Nebengründungen der gewerkschaftlichen Organisationen gebildet wurden, hatten ihren Sitz in Hamburg.

Der Grundstein unserer Sozialversicherung ist, wie aus den kurzen historischen Andeutungen ersichtlich, in Hamburg schon früh und, wenn wir die alten Geschichten der Brüderschaften und der später hieraus entstandenen freien Hilfskassen durchblättern, unter Mitarbeit der Ärzte gelegt worden. Dieser Entwicklung entsprechend ist denn auch bei dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes am 1. Dezember 1884 das Bezirksarztsystem, das sich bisher bei den freien Hilfskassen bewährt hatte, von den neu gebildeten beruflichen Ortskrankenkassen übernommen worden. So waren es auch die bei den freien Hilfskassen tätigen Ärzte, die nun noch die Behandlung der Mitglieder übernahmen, welche durch die Zwangsversicherung Anspruch auf ärztliche Versorgung erhielten. Wenn wir uns diese örtliche Entwicklung vor Augen führen, so ist es erklärlich, daß Hamburg kein Boden für Kämpfe zwischen Versicherungsträgern und Ärzten geworden ist. Selbst bei dem Inkrafttreten der RVO. wurde an dem bestehenden Arztsystem nichts geändert. Durch die gemeinsame Arbeit in der zwischen Ärzten und Krankenkassen gebildeten Einigungskommission sind alle neu auftretenden Schwierigkeiten behoben worden. Praktisch trat diese Gemeinschaftsarbeit auch sofort bei Ausbruch des Weltkrieges im August 1914 in Erscheinung. Durch die Einrichtung von Polikliniken in allen Stadtteilen wurde die Möglichkeit geschaffen, der Bevölkerung die erforderliche ärztliche Hilfe in Krankheitsfällen zu sichern. Es ist hier nicht der Ort, weitausholende geschichtliche Darstellungen zu geben; erwähnt werden muß aber, daß der Vorsitzende dieser Einigungskommission, der heutige Präsident der Hamburgischen Gesundheitsbehörde, *Prof. Dr. Pfeiffer*, bereits im Jahre 1916 die Initiative ergriff, um eine Verständigung der Ärzte und Krankenkassen für das ganze Reich, beruhend auf gemeinsamer Arbeit und Beratung, in die Wege zu leiten. In den Revolutionstagen des Monats November 1918 wurde von Vertretern der Versicherungsträger und dem bereits erwähnten Präsidenten *Dr. Pfeiffer* sowie den Ärzten *Dr. Glinzer* und *Dr. Gottberg* erneut Stellung zu dem bestehenden Arztsystem genommen. Wie so manches Alte in diesen Tagen morsch zusammenbrach, um einem neuen Aufbau die Wege zu öffnen, so ist auch das für Hamburg historisch gewordene Arztsystem im Jahre 1919 für immer zu Grabe getragen worden.

Bei dem Inkrafttreten der reichsgesetzlichen Versicherung am 1. Dezember 1884 bestanden in Hamburg außer den neu ins Leben gerufenen 19 beruflichen Ortskrankenkassen



Zentralverwaltungsgebäude Kaiser-Wilhelm-Straße

Verwaltungsnebenstelle Barmbeck



Verwaltungsnebenstelle Eimsbüttel



Verwaltungsnebenstelle Borgfelde

24 Betriebskrankenkassen,
die Gemeindekrankenversicherung,
69 eingeschriebene und
33 landesrechtliche, den Anforderungen des § 75 des K.V.G. genügende Hilfskassen.

Mehrfache Bestrebungen, die beruflichen Ortskrankenkassen zu einer allgemeinen Ortskrankenkasse zu vereinigen, waren erst im Jahre 1919 durch die Kriegs- und Nachkriegsnöte von Erfolg gekrönt.

Am Jahresschlusse 1927 waren in Hamburg gegen Krankheit versichert bei

der Allgemeinen Ortskrankenkasse	325 396	Personen
den Betriebskrankenkassen . .	81 379	„
„ Innungskrankenkassen . .	18 686	„
„ Ersatzkassen	33 312	„

DIE VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BEDEUTUNG DER KRANKENVERSICHERUNG.

Diese vorstehenden Zahlen erstrecken sich auf die versicherungspflichtigen Mitglieder. Der Kreis der Personen aber, die Leistungen von den Trägern der Krankenversicherung erhalten, ist infolge der Familienfürsorge bedeutend größer.

Die Jahresberichte der Allgemeinen Ortskrankenkasse lassen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung erkennen. Die graphischen Darstellungen und Diagramme in diesen Berichten zeigen die Wechselwirkungen der wirtschaftlichen Lage des Arbeitsmarktes. Wir ersehen daraus den großen Zugang von Arbeitsunfähigen bei dem Abflauen der Konjunktur und das hierdurch bedingte gewaltige Ansteigen der Inanspruchnahme der Unterstützungseinrichtungen. Eine weitere starke Belastung bedeutet für die Krankenversicherung der veränderte Altersaufbau der Bevölkerung. Die gegenwärtige Veränderung im Altersaufbau ist im wesentlichen durch den Verlust der jüngeren Jahrgänge im Kriege bedingt. Die Einwirkung des Geburtenrückganges wird sich erst später bemerkbar machen. Von nicht geringerer Bedeutung ist die enorme Steigerung der Berufsunfälle, die ihren Grund augenscheinlich in den stark wechselnden Arbeits- und Wirt-

Verwaltungsstelle Rothenburgsort



Diathermie-Institut



Laboratorium



Kinderspeisung



Werkstatt: Heilmittel und Bandagen



Genesungsheim Reinfeld



Im Sonnenbad

schaftsverhältnissen haben. Daß des weiteren die Träger der Krankenversicherung durch die Zunahme der weiblichen Versicherten eine steigende Belastung erfahren, ist bekannt.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen liegt der Krankenversicherung die Heilfürsorge für den erkrankten Versicherten ob. Durch die Leistungserweiterungen und die weitgehende Familienfürsorge aber ist sie auch für unser ganzes Wirtschaftsleben von großer Bedeutung geworden. Der Ausbau der Unterstützungseinrichtungen bringt ferner den Gemeinden eine wesentliche Verringerung der Lasten

Genesungsheim Trittau

Genesungsheim Kollow

der Wohlfahrtspflege. Will man daher eine Übersicht der Aufwendungen für Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege für Hamburg geben, so müssen zu den in den einzelnen Aufsätzen in diesem Werk gegebenen Zahlen noch die Aufwendungen der sozialen Versicherungsträger hinzugerechnet werden.

Sie betrugen bei den Trägern der Krankenversicherung:

a) bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse	Rm.	33191585.—
b) bei den Betriebskrankenkassen	„	10955451.—
c) bei den Innungskrankenkassen	„	1856775.—
Zusammen . .	Rm.	46003811.—


Parkbild


Liegehalle

Genesungsheim Sophienbad-Reinbek

Nun wird neben den Klagen über die Belastung der Wirtschaft durch die Sozialversicherung auch von ärztlicher Seite verschiedentlich ausgeführt, daß die Krankenversicherung die freie Entfaltung des Ärztestandes hindere. Ein zahlenmäßiger Beweis kann nicht erbracht werden, da einwandfreie vergleichende Übersichten mit früheren Jahren fehlen. Diese Kritiker übersehen fast immer, daß sich die Grundlagen unseres Wirtschaftslebens auch für den Ärztestand verändert haben und daß nur durch die Versicherungsträger dem größten Teil der Ärzteschaft ein Einkommen gesichert ist. Die nachfolgenden Zahlen, die dem Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse für das Geschäftsjahr 1927 entnommen sind, lassen die Bedeutung der Krankenversicherung für die Ärzteschaft erkennen.



Im Park

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG.

An Stelle der für die gesamten Versicherungsträger im Jahre 1914 tätigen rund 100 Ärzte waren am Jahresschluß 1927 insgesamt 610 Ärzte bei den Trägern der Krankenversicherung Groß-Hamburgs ausschließlich der Ersatzkrankenkassen zugelassen. Die Kosten für ärztliche Behandlung betrugen ohne Ersatzkassen für das Rechnungsjahr 1927 insgesamt Rm. 8 166 170.27.

Allein von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg wurden verausgabt im Jahre 1927 für ärztliche Behandlung Rm. 5 656 288.51. Es ent-



Krankenabteilung *Kinderpflegeheim Heiligendamm a. d. Ostsee* *Hauptgebäude*



Liegehallen und Freilichtliegekuren



Turnübungen



Spiel am Ostseestrande

Kinderpflegeheim Oldesloe

fallen hiervon auf Sachleistungen Rm. 897 357.55 und zwar auf

Röntgentherapie und Diagnostik	Rm.	263 152.92
Diathermie	„	110 282.67
Höhensonne	„	143 301.04
Orthopädische Behandlungen . .	„	134 719.62
Inhalationen	„	26 057.46
Sonstiges (Kilometergelder usw.) .	„	219 833.84

Für zahnärztliche Behandlung, und zwar an 142 Zahnärzte und 92 Zahntechniker, wurden verausgabt Rm. 1 605 119.28.

KRANKENHILFE UND KRANKENPFLEGE.

Die Gesamtkosten für Arznei und Heilmittel betrugen insgesamt Rm. 3 849 398.72. Hiervon entfallen außer den Ausgaben für Arznei

für 60 143 verabfolgte Brillen	Rm.	210 319.77
„ 414 073 verabfolgte Bäder .	„	807 440.15
„ Zahnersatz	„	175 828.32
„ Bandagen und sonstige Heilmittel	„	284 899.65

Für 165 293 mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheitsfälle wurden an Unterhaltungskosten ausschließlich der Verpflegungstage in Krankenanstalten für 3 810 052 Krankheitstage Rm. 10 504 464.— als Krankengeld gezahlt.



Solbadeanstalt

An Verpflegungskosten in Krankenanstalten sind für 23 998 Fälle mit 728 283 Verpflegungstagen Rm. 4 406 035.— und außerdem in diesen Fällen noch Rm. 764 238.— als Haus- und Taschengeld gezahlt worden. Die Aufwendungen für Genesendenpflege in Heimen betrug Rm. 466 637.—.

Die Aufwendungen an Verpflegungskosten für Familienangehörige in Krankenanstalten für 4243 erwachsene Familienangehörige und 3282 Kinder betrugen Rm. 1 036 510.—. Des weiteren wurden außerdem 1 877 Kinder mit 71 353 Verpflegungstagen in eigenen Heimen verpflegt. Einschließlich der gewährten Beihilfen an andere Organisationen wurden rund Rm. 300 000 für Kinderfürsorge verausgabt. Insgesamt wurde Anspruch auf Familienhilfe in 241 949 Fällen erhoben.

Wochenhilfeunterstützung wurde in 7 075 Fällen beansprucht. Die gesamten Aufwendungen betrugen Rm. 863 894.—.

Für 2 235 Todesfälle von Mitgliedern und 1 445 Todesfälle von Familienangehörigen sind Rm. 386 470.— als Sterbegeld gezahlt worden.

Diese Zahlen beweisen, daß durch die Gemeinschaftsarbeit in der Krankenversicherung nicht nur die Heil- und Gesundheitspflege, sondern auch Wohlfahrtspflege für einen großen Teil der Bevölkerung geleistet wird.

Auf das Mitglied entfallen:

	1925 Rm.	1926 Rm.	1927 Rm.
a) Krankenhilfe			
Behandlung durch Ärzte	11,57	13,66	17,68
Zahnbehandlung	3,95	4,68	5,02
Behandlung durch Heilpersonen	—,03	—,07	—,10
Arznei und Heilmittel	8,29	10,39	12,03
Krankenhauspflege	14,45	14,05[1]	17,47
Krankengeld	27,—	27,64	32,83
Hausgeld	1,45	1,78	1,77
Taschengeld	—,61	—,54	—,62
Fürsorge für Genesende	—	1,29	1,49
b) Wochenhilfe	2,27	2,99	2,70
c) Sterbegeld	1,26	1,33	1,21
d) Fürsorge im allgemeinen einschl. Kinderfürsorge	—,11	—,90	1,05

[1] Ohne Genesungsheimpflege und Kinderfürsorge

VERTRAUENSÄRZTE.

Am Schlusse des Jahres 1927 waren einschließlich der in den physikalischen Behandlungsanstalten tätigen Ärzte insgesamt 28 Ärzte beschäftigt. Von den 162 430 vorgenommenen Untersuchungen entfallen auf Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Mitglieder 64 343 = 39,62 v. H., auf Prüfungen von beantragten Sachleistungen, Krankenhausüberweisungen und Feststellung von Diagnosen 91 047 = 56,05 v. H. und auf Überweisung in Heime 7 040 = 4,33 v. H.

Es ist versucht worden, aus dem großen Material eine Krankheitsstatistik, nach den erkrankten Organen geordnet, aufzustellen. Nach dieser Zusammenstellung entfallen bei 65 467 Untersuchungen auf organische Erkrankungen von

Lunge, Pleure	4 523 =	6,9 v. H.
Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien	4 242 =	6,5 „ „
Milz, Lymphdrüsen, Knochenmark	2 083 =	3,2 „ „
Herz, Gefäße	2 903 =	4,5 „ „
Speiseröhre, Magen, Darm	4 018 =	6,2 „ „
Leber, Galle, Pankreas	796 =	1,2 „ „
Augen	343 =	0,6 „ „
Ohren	520 =	0,8 „ „
Nase, Nebenhöhlen, Zunge, Zähne, Rachen	1 468 =	2,2 „ „
Haut	6 325 =	9,7 „ „
Knochen, Gelenke	11 303 =	17,3 „ „
Muskeln, Sehnen	4 415 =	6,8 „ „
Gehirn, Rückenmark	1 429 =	2,3 „ „
Nerven	5 934 =	9,1 „ „
Niere, Harnwege	1 226 =	1,9 „ „
Gravider Uterus	827 =	1,2 „ „
Genitalien	4 570 =	7,0 „ „
Schilddrüse, Thymus, Hypophyse, Hebessieren	337 =	0,6 „ „
Blut	1 128 =	1,7 „ „
Gesamtkörper	7 077 =	10,3 „ „

Von weitgehender Beachtung sind die in der dermatologischen Vertrauensarztstelle gemachten Feststellungen über die Geschlechtskrankheiten und der Infektionsquelle.

Von den sonstigen in dieser Abteilung sozial ins Gewicht fallenden Feststellungen sind die Krankheitszustände, die durch Gewerbe und Beruf bedingt sind.

PHYSIKALISCHE HEILINSTITUTE.

In den zur Ergänzung und Förderung der kassenärztlichen Behandlung errichteten Behandlungsanstalten für physikalische oder mediko-mechanische Heilmethoden wurden behandelt:

a) in den fünf Höhensonneninstituten 3 881 Erwachsene und 9 096 Kinder mit insgesamt 185 404 Bestrahlungen. An schulpflichtige

Kinder wurden nach der Bestrahlung 76 712 Portionen Mittagessen und an Kleinkinder 59 111 Milch- und Keksspeisungen verabfolgt,

b) in den fünf Diathermie-Behandlungsinstituten 3 370 Patienten, verabfolgt wurden 53 043 Behandlungen,
c) in dem orthopädischen Institut 1 474 Patienten, darunter 248 Kinder mit 44 679 Behandlungen,
d) im Inhalatorium 1341 Patienten. Ausgeführt wurden 42 145 Inhalationen.
e) Die fünf Röntgeninstitute dienen vornehmlich der vertrauensärztlichen Abteilung als diagnostisches Hilfsmittel. Hier wurden insgesamt 6276 Durchleuchtungen und 28 111 Aufnahmen verzeichnet.

Durch die Selbstabgabe und Selbstanfertigung von Heil- und Hilfsmitteln ist es der Kasse ermöglicht, nicht nur bestimmend auf die Preisregulierung einzuwirken, sondern auch qualitativ einwandfreie Artikel den Mitgliedern zu liefern. Abgegeben wurden im Jahre 1927

		In eigener Werkstatt angefertigt:
Bruchbänder	5779 Stück	947 Stück
Plattfußeinlagen	22411 Paar	17571 Paar
Leibbinden	7140 Stück	1938 Stück
Gummistrümpfe	7934 „	—
Prothesen, orthopädische Korsetts usw.	413 „	413 „
Sonstige Artikel	16140 „	2231 „

FAMILIENHILFE UND VORBEUGENDE FÜRSORGE.

Das Bedürfnis der Einbeziehung der Familie des Versicherten in die Krankenversicherung ist in Hamburg früh erkannt worden. Durch die Ausdehnung der Leistungen auf den Kreis der Familienangehörigen liegt der Allgemeinen Ortskrankenkasse die gesundheitliche Fürsorge für mehr als die Hälfte der gesamten hamburgischen Bevölkerung ob. Insgesamt in 868 124 Fällen wurden die Kassenleistungen in Anspruch genommen. Die Bewältigung des Verkehrs, der sich aus dieser Inanspruchnahme ergibt, sowie die räumliche Ausdehnung der Großstadt und die wirtschaftliche Lage der Versicherten bedingt eine Dezentralisation des Verwaltungskörpers. In den verschiedensten Stadtteilen mußten daher Verwaltungsstellen eingerichtet werden. In sämtlichen — mit der Zentrale fünf — Verwaltungsstellen sind diagnostische, mit chemischen Untersuchungs-Laboratorien versehene Vertrauensarztstellen, Röntgen-Institute und Lichtbestrahlungs- sowie Diathermie-Behandlungs-Institute eingerichtet.

Im Durchschnitt werden die gesamten Kasseneinrichtungen einschl. des Inhalations-, des medikomechanischen und der andern Institute in der Woche von rund 35 000 Personen in Anspruch genommen. Nach der Inanspruchnahme der Eigenbetriebe kann daher mit Recht behauptet werden, daß diese einem sachlichen Bedürfnis entsprechen. Für die Allgemeine Ortskrankenkasse sind diese Betriebe aber des weiteren von großer wirtschaftlicher Bedeutung.

GENESUNGS- UND KINDERPFLEGEHEIME.

Daß neben dem Ausbau der örtlichen Gesundheitspflege der Kurheimpflege weitgehende Beachtung geschenkt wird, ist aus den Darlegungen über gewährte Leistungen ersichtlich. In den von der Kasse eingerichteten vier Genesungsheimen stehen für männliche Versicherte in den Heimen *Trittau* und *Reinfeld* 100 Betten und in den Heimen für weibliche Versicherte *Kollow* und *Sophienbad-Reinbek* 200 Betten zur Verfügung. Die Heime sollen nicht nur zur Gesundung und Kräftigung von Rekonvaleszenten dienen, sondern sie nehmen infolge ihrer Einrichtungen immer mehr den Charakter als Kurheime an. Durch Ausnützung aller vorhandenen natürlichen und künstlichen Heilfaktoren sollen die Pfleglinge der Genesung zugeführt werden. Der Betrieb der Heime wird in gleichem Umfange Winter und Sommer durchgeführt. Die Dauer der Unterbringung ist, sofern nicht ärztlicherseits eine Verlängerung beantragt wird, auf vier Wochen bemessen.

Im Jahre 1927 wurden verpflegt:
1020 männl. Versicherte mit 26 397 Verpflegungstagen
2140 weibl. „ „ 54110 „

Heime anderer Kassen mußten noch in 39 Fällen mit 6969 Verpflegungstagen in Anspruch genommen werden. Durch Vermittlung des Landesverbandes für Volksgesundheitspflege wurden außerdem 366 Jugendliche an 15 953 Verpflegungstagen in auswärtigen Heimen untergebracht.

Im *Sol- und Moorbad Bramstedt* wurden ferner 851 Kranke an 22 746 Tagen für Rechnung der Kasse behandelt und verpflegt.

Besondere Beachtung wurde seit dem Jahre 1921 der *Kinderfürsorge* gewidmet. Dieses Ziel erstreckte sich in erster Linie auf die Unterbringung und Behandlung der gesundheitlich gefährdeten Kinder in eigenen Kinderpflegeheimen. Als wichtiger Heilfaktor kommt für das Kinderpflegeheim *Heiligendamm* a. d. Ostsee, das zur Aufnahme von 200 Kindern eingerichtet ist, das Seeklima in Betracht. Die günstigen Einwirkungen des Seeklimas werden durch

Freilichtliegekuren, gymnastische Turnübungen und Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne unterstützt.

Im Kinderpflegeheim *Oldesloe* können 100 Kinder Aufnahme finden. Hier gilt als wichtigster Heilfaktor das Solbad, unterstützt durch Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne. Beide Heime sind das ganze Jahr geöffnet. Die Behandlung, die im Durchschnitt auf die Dauer von sechs Wochen beschränkt ist, wird ständig ärztlich überwacht. Die pflegerische Leitung der beiden Kinderheime wie auch der vier Heime für Erwachsene liegt in den bewährten Händen von Schwestern.

Für die Jahre, in denen die Kasse die Kinderfürsorge in das Arbeitsgebiet mit aufgenommen hat, geben die nachstehenden Zahlen über Heimverpflegung und örtliche Fürsorge in den Bestrahlungsinstituten folgendes Bild.

HEIMFÜRSORGE.

1921	389	Kinder	= 15269	Verpflegungstage
1922	1182	„	= 47697	„
1923	1110	„	= 42575	„
1924	1253	„	= 50299	„
1925	1643	„	= 64446	„
1926	1686	„	= 67420	„
1927	1877	„	= 71353	„
1928 bis Ende Mai	917	„	= 23470	„
Zusammen	10057	Kinder	= 382529	Verpflegungstage

Örtliche Fürsorge durch Bestrahlungen und Speisungen, Mittagessen an Schulkinder, Milch und Keks an Kleinkinder:

Jahr	Anzahl der Kinder	Anzahl der Bestrahlungen	Speisungen an Schulkinder	Speisungen an Kleinkinder
1923	632	10928	9037	—
1924	1931	36562	25224	—
1925	3644	67924	39526	—
1925	5916	100200	58155	26136
1927	9096	124356	76712	59111
1928 bis 31. Mai	4351	61094	38770	27423
Zus.	25570	401064	247424	112670

FINANZBERICHT.

Die für die vorbenannten Ausgaben erforderlichen Mittel sind von den Arbeitnehmern zu zwei Dritteln und von den Arbeitgebern zu einem Drittel aufgebracht. Die Beitragseinnahmen einschließlich der Beiträge von freiwilligen Mitgliedern betrugen Rm. 32 741 154.80. Die Gesamteinnahmen beziffern sich auf Rm. 33 668 092.86.

Die sich ständig steigernde Inanspruchnahme der physikalischen Heilinstitute der Kasse gab die Veranlassung zur Errichtung des

PHYSIKALISCHEN INSTITUTS

in dem Neubau der Kur- und Badeanstalten Lerchenfeld für die Stadtteile Uhlenhorst, Hohenfelde, Barmbeck und Eilbeck. Bestimmend für dieses Vorgehen waren Erwägungen sowohl gesundheitlicher als auch materieller Art. Vorstand und Verwaltung der Kasse vertreten die Ansicht, daß in den eigenen von Fachärzten geleiteten Instituten, unter Mitwirkung von geschulten und eingearbeiteten Schwestern und technischem Hilfspersonal, die bestmöglichen Heilerfolge erzielt werden, zumal diese Institute mit den dem jeweiligen Stande der Wissenschaft entsprechenden Apparaturen arbeiten können.

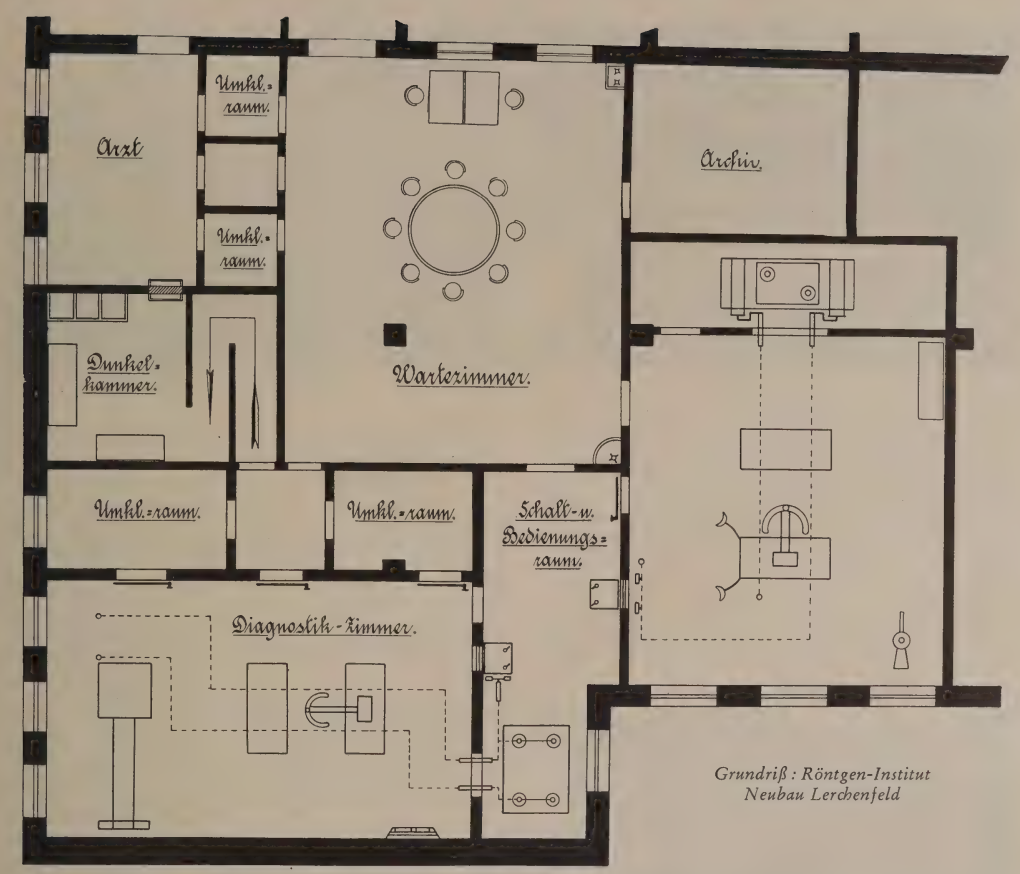
Eine andere Frage, die an dieser Stelle nur kurz gestreift werden kann, ist jedoch die, ob nicht durch eine Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Versicherungsträgern derartige Institute errichtet und betrieben werden sollten. Ärzte und Versicherungsträger sind berufen, den Gesundheitsdienst am Volke auszuüben. Die bereits erwähnte steigende Inanspruchnahme der physikalischen Heilmethoden, insbesondere der Licht- und Wärmebehandlungen, drängt die Versicherungsträger zu einer Planwirtschaft, die aber ohne Mithilfe der Ärzteschaft nicht durchzuführen ist.

Durch den Ausbau der Vertrauensarztstellen als diagnostische Institute wurde die Kasse veranlaßt, für die Erkennung von Krankheitszuständen und Veränderungen, deren Feststellung bisher schwierig und unsicher war, Röntgeninstitute einzurichten und auszubauen.

In vier Instituten steht als Röntgenapparat der *Universal-Transverter* der Firma *Koch & Sterzel A.G. Dresden.*

Die im Verlaufe dieses Frühjahrs errichtete Röntgenanlage in dem Neubau Lerchenfeld ist unter Mitwirkung aller beteiligten Instanzen entstanden und darf, ihrem Umfange entsprechend, als mustergültig bezeichnet werden. Die Anlage ist von der *Siemens-Reiniger-Veifa G.m.b.H.* projektiert und ausgeführt worden.

Ein Röntgen-Universal-Apparat großer Leistung, der „Universal-Polyphos“, ist der technische Mittelpunkt der Abteilung. Mit diesem Apparat lassen sich alle diagnostischen Arbeiten, wie Durchleuchtungen und Aufnahmen, ausführen. (Ruht der Diagnostikbetrieb, dann ist derselbe Apparat auch für Oberflächentherapie ausnutzbar. Für Therapie liefert dieser Apparat Spannungen bis 185 kV Scheitelwert und Röhrenströme bis 8 mA Stärke in zehnstündigem Dauerbetrieb. Der „Universal-Polyphos“ steht in einem mittleren Raum. Mit Hilfe eines einfachen Hochspannungs-*Umschalters*



Grundriß: Röntgen-Institut Neubau Lerchenfeld

kann je nach Bedarf die Hochspannung auf den jeweils zu benutzenden Raum umgelegt werden.

Außer dem vorstehend aufgeführten Apparat befindet sich in dem Untersuchungsraum noch ein Spezialröntgenapparat der „Dental-Helidor" für zahnärztliche Zwecke.

Der Bedienungsraum liegt vor dem Apparateraum. In ihm steht der Schalttisch, von dem aus der Apparat bedient werden kann. Von dem Untersuchungs- wie vom Behandlungsraum ist der Bedienungsraum zum Schutze des Bedienungspersonals durch strahlensichere Wände getrennt.

Durchleuchtungen und Aufnahmen werden, soweit nicht Spezialaufnahmen notwendig sind, am „Klinoskop" vorgenommen. Es stehen ferner in dem sehr geräumigen Diagnostikraum noch ein Tischuntersuchungsgerät mit Bucky-Drehblende, sowie ein Lagerungstisch mit Kompressionsblende zur Verfügung.

Die an der Decke, an Porzellan-Isolatoren befestigten, aus vernickeltem Messingrohr bestehenden Hochspannungsleitungen sind so weit durch den langgestreckten Raum hindurchgeführt, daß jeweilig an den verschiedenen Arbeitsplätzen Strom abgenommen werden kann.

Aus dem Diagnostikraum führt ein türloser S-förmiger Gang (Labyrinth) unmittelbar in die Dunkelkammer. Die Eigenart dieses Ganges verhindert Lichteintritt in die Dunkelkammer.

Sehr bemerkenswert ist noch eine besondere Neuerung. In die Wand zwischen Dunkelkammer und Sprechzimmer des Arztes ist ein Filmbetrachtungskasten, einmal ganz um seine vertikale Mittelachse drehbar, eingebaut. Die Filme können in der Dunkelkammer von der Schwester unmittelbar nach dem Fixieren in den Betrachtungskasten eingehängt und durch Drehen des Kastens um 180° dem in seinem Sprechzimmer sitzenden Arzt sichtbar gemacht werden. Eine Rolljalousie, die ebenfalls von der Schwester bedient wird, verhindert den Lichtzutritt.



Röntgen-Institut Lerchenfeld



Röntgen-Institut Zentrale Kaiser-Wilhelm-Straße

Weitgehend hat *in allen Instituten* der Fortschritt der Technik auf Strahlensicherheit und Strahlenschutz Beachtung gefunden. Größtenteils sind die Wände und Türen aus *Kämpe-Lorey-Platten mit Imperial-Stahltüren* hergestellt. Als Röntgenröhren kommen nur noch die Media-Metalix-Röhren der *Firma Müller A.-G., Hamburg,* zur Verwendung.

Die starke Inanspruchnahme des im Jahre 1926 eröffneten Inhalatoriums in der Kaiser-Wilhelm-Straße nötigte zu einer weiteren Anlage in dem Neubau Lerchenfeld. Zu dem nachstehenden Grundriß ist zu bemerken:

Das Inhalatorium mit den pneumatischen Kammern ist von der *Inhabad-Gesellschaft m. b. H., Berlin,* geliefert. Es ist die größte Anlage dieser Art, die bisher für eine Krankenkasse eingerichtet wurde. Sowohl in der Vielseitigkeit der zur Verfügung stehenden Apparate als auch in ihrer Ausstattung entspricht die Anlage allen Ansprüchen der Inhalationstechnik und Hygiene. Die Räume sind im

Grundriß: Inhalatorium mit pneumatischen Kammern



Rauminhalationen

dritten Obergeschoß gelegen und gruppieren sich um einen gemeinsamen, groß angelegten Warteraum mit natürlicher Beleuchtung. Der Betrieb ist während des ganzen Tages bis in die Abendstunden hinein geöffnet, so daß den Mitgliedern, die tagsüber beschäftigt sind, auch eine Behandlung nach der Arbeitszeit ermöglicht ist.

Das Inhalatorium für *Einzelbehandlung* ist mit Apparaten für Sole-Inhalation in allen Abstufungen, sowohl hinsichtlich der Temperatur wie auch des Feinheitsgrades der Zerstäubung, für ölige Verneblung, für Vergasung usw., eingerichtet. Alle Apparate sind auf Spültischen mit doppelter Wasserspülung montiert; hiervon dient die eine für das im Tisch vertieft liegende Speibecken, die andere zum Abwaschen der ganzen Tischplatte nach jeder Inhalation. Die Wandflächen hinter den Apparaten sind bis zu etwa 1,5 m Höhe mit Alabasterglas belegt, ebenso die tiefen Trennwände, die jeden Inhalationsplatz zu einer eigenen Koje ausbilden. Im gleichen Raum sind die pneumatischen Apparate aufgestellt, die von einer zentral gelegenen Saug- und Druckluftanlage betrieben werden. Auch diese Apparate können auf Druck und Temperatur reguliert werden. Dabei sind Einrichtungen zum Verzögern und Beschleunigen der Ein- und Ausatmung, Luftbefeuchtung, Erwärmungs- und Medikamentanreicherung vorgesehen.

Für die *Gesellschaftsinhalation* stehen zwei Räume zur Verfügung, der eine für Feucht-, der andere für Trockeninhalation. Als Zerstäubungsapparate dienen je zwei Turbinenzerstäuber. Abgesehen von der besonders feinen Zerstäubung und leichten Reinigungsmöglichkeit ist die Wirtschaftlichkeit dieser Apparate hervorzuheben. Sie ist für einen Krankenkassenbetrieb von besonderer Bedeutung. Das Turbinensystem ermöglicht es, die Apparate ebenso wie die Einzelinhalationsapparate mit Druckluft von niedriger Spannung zu betreiben, so daß besondere Hochdruckkompressoren nicht erforderlich sind. Zwischen je zwei Inhalationsstühlen ist ein Speibecken mit ständiger Wasserspülung angebracht, um in den dicht vernebelten Räumen den Patienten das Umhersuchen während der Sitzung zu ersparen. Um das Zurückschlagen der Inhalationsnebel in den Warteraum zu verhindern, erfolgt der Zugang zu beiden Inhalationsräumen durch eine gemeinsame Drehtür.

Von den *drei pneumatischen Kammern* sind zwei für Überdruck-, eine für Unterdruckbetrieb eingerichtet. Mit Rücksicht auf die Anordnung der Kammern im vierten Obergeschoß und das hohe Gewicht derselben mußte die Konstruktion in Eisen ausgeführt werden. Die Wände sowohl wie Fußboden und Decke sind mit Holz ausgekleidet, um den Zimmercharakter zu erhalten. Der Eintritt zu den einzelnen Kammern erfolgt durch eine gemeinsame Schleuse. Die Kammerfenster sind zum Öffnen eingerichtet, um außerhalb der Betriebszeit lüften zu können.

Besonderer Wert ist auf eine zwangsläufige Luftführung gelegt, um eine Kohlensäureanhäufung in etwa toten Ecken zu vermeiden. Die Frischluft wird in der Mitte des Raumes eingeführt und aus den vier Ecken oberhalb der Decke abgeleitet. Tote oder



Pneumatische Kammern

mangelhaft belüftete Raumecken sind somit vermieden.

Die Erwärmung der Kammern erfolgt durch Erhitzen der zugeführten Luft mittels regulierbarer elektrischer Öfen. Von einem gemeinsamen Schalttisch aus, der im Warteraum vor den pneumatischen Kammern angeordnet ist, erfolgt die Betriebsregulierung der Kammern. Das Druckregulierventil ist im Innern des Schalttisches angeordnet. Ein Druckmesser mit Registriervorrichtung ermöglicht es, den Druck jeder einzelnen Kammer jederzeit kontrollieren zu können. Der Arzt des Hauses ist also jederzeit in der Lage, den Druckverlauf jeder Sitzung zu prüfen. Am Schalttisch befinden sich auch die Schaltvorrichtungen für die elektrische Heizung und eine Uhr zur Kontrolle der Sitzungsdauer. Neben der Registrierung des Arbeitsdruckes sind besondere Apparate zum Aufzeichnen der Temperatur und des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft vorhanden, ebenso eine Vorrichtung zum Prüfen des Kohlensäuregehaltes.

Die Gesamtmaschinenanlage ist im Dachboden untergebracht, so daß die Frischluft für die Kammern über Dach entnommen werden kann. Dies ist ein besonderer Vorzug mit Rücksicht auf eine keim- und staubfreie Luft. Zwischen einer der Überdruckkammern und der Unterdruckkammer befindet sich schließlich ein Röntgenfenster, um die Patienten auch während der Sitzung evtl. durchleuchten zu können.

Das *Orthopädische resp. Medico-mechanische Institut*, das sich bisher in der Nebenstelle Borgfelde befand, ist jetzt in den Neubau Lerchenfeld verlegt. Es ist ausgestattet mit den modernsten Apparaten (Fabrikat *Rossel, Schwarz & Co., Wiesbaden*), die die Technik heute zu liefern überhaupt imstande ist. Alle die Maschinen sind aufgestellt, die sich erfahrungsgemäß zur Behandlung und Wiederherstellung der kranken Glieder am geeignetsten erwiesen haben: Klopf- und Streichmassageapparate für die Behandlung rheumatischer Erkrankungen der Knochen, Muskeln und Sehnen oder auch einfacher Muskelschwäche; Pendelapparate zur Wiederherstellung der Bewegung versteifter Gelenke; Turngeräte zur Kräftigung der Körpermuskulatur nach längerem Krankenlager. In dem großen Turnsaal wird orthopädisches Turnen für die an Rückgratsverkrümmung oder Schwäche der Muskulatur des Rückens leidenden Kinder abgehalten. Letzteres ist ein Gebiet der Fürsorge von ungeheurer sozialer Bedeutung. Eine Heißluftabteilung, ausgestattet mit elektrisch heizbaren Heißluftapparaten (System Tyrnauer), ermöglicht, die kranken Körperteile unter vermehrten Blutzufluß zu setzen und dadurch den Heilungsprozeß zu fördern. Das Institut steht unter Leitung eines Facharztes für Orthopädie.



Inhalatorium: Einzelinhalation

Höhensonnen-Institute. Um eine große Anzahl Personen, Kinder oder Erwachsene, gleichzeitig bestrahlen zu können, ist in jedem Institut sowie in den Erholungsheimen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg je ein Raum für Massenbestrahlung eingerichtet worden, der so beschaffen ist, daß sämtliche Personen an sämtlichen Stellen gleichmäßig sowohl von den kurzwelligen wie von den langwelligen Strahlen gleich gut getroffen werden. Die Lichtdurchflutung dieser Räume wurde erreicht durch vier Höhensonnen nach *Prof. Jesionek,* durch vier Wandarme mit in der Höhe verschiebbaren Höhensonnen nach Sanitätsrat *Dr. Bach* und außerdem durch eine in der Deckenkuppel nach *Dr. Lübbert* konstruierte Zentral-Höhensonne mit drei Brennern. Weiter befinden sich in den oberen Ecken vier Solluxlampen von je 2000 Kerzen, die den Raum auch mit langwelligen Strahlen durchfluten. Auf die gute Entlüftung und Belüftung ist größte Rücksicht genommen, und zwar wird dem Raum von außen durch einen Ventilator Frischluft zugeführt, die über einen elektrischen Heizkörper streicht und dadurch erwärmt wird. Die schlechte Luft wird dann oben in der Mitte durch einen Ventilator abgesogen. Dadurch ist der Raum nicht allein lichtdurchflutet, sondern auch hygienisch einwandfrei.

Außer dem Massen-Bestrahlungsraum sind in jedem der Höhensonnen-Institute noch sechs Einzel-Boxen vorhanden, die mit je einer Höhensonne nach Sanitätsrat *Dr. Bach* und einer 2000kerzigen Solluxlampe nach *Dr. Ocken* ausgerüstet sind. Durch eine seitliche Anordnung sind die Lampen auf einem Wagen angebracht, der zwischen zwei Schienen rollt, so daß das Ruhebett in jeder Richtung bestrahlt werden kann. Die Kuppeln selbst sind drehbar angeordnet, damit die Patienten nicht allein im Liegen,

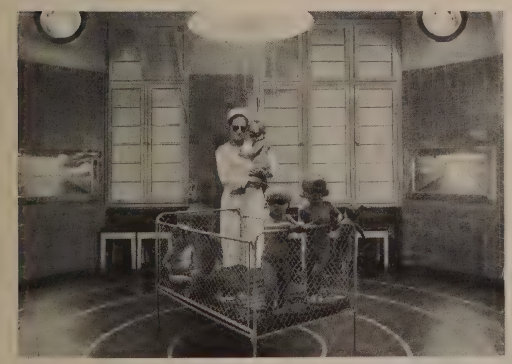
Grundriß :
Orthopädisches Institut



Orthopädisches Turnen



Orthopädisches Turnen



Bestrahlungsinstitut Massenbestrahlungen



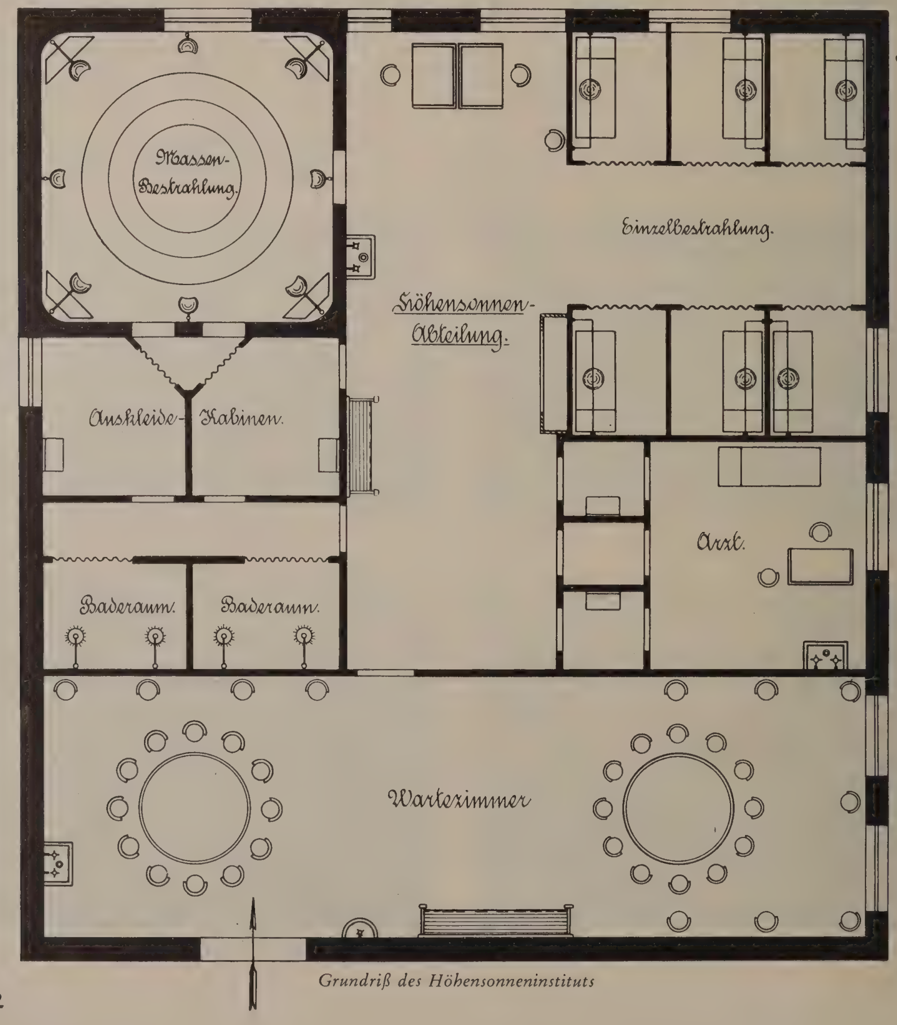
Bestrahlungsinstitut Einzelbestrahlungen

sondern auch im Sitzen bestrahlt werden können (bei Haarausfall usw.). Die Lampen an den Wandarmen in dem Massen-Bestrahlungsraum können ebenfalls zum Bestrahlen bei Haarausfall usw. verwandt werden. Weiter steht noch eine *Kromeyer*-Lampe für energische örtliche Bestrahlungen zur Verfügung.

Die Schaltung und Sicherung sämtlicher Apparate geschieht von einer Zentral-Schalttafel, und zwar ist jeder Schalter mit einer Signallampe versehen, so daß der überwachenden Schwester sofort durch einen Blick ermöglicht ist, zu kontrollieren, welche Lampe in Betrieb ist.

In sämtlichen Instituten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg sind ausschließlich Originalfabrikate der Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau a. M., verwandt, die stets zur vollen Zufriedenheit gearbeitet haben.

Im wesentlichen dienen, wie aus den vorstehenden Darstellungen ersichtlich, die Bestrahlungseinrichtungen wie auch die medico-mechanischen Behandlungen der vorbeugenden Kinderfürsorge. Zur Unterstützung dieser Einrichtungen ist in dem Institut am Lerchenfeld noch ein großer Dachgarten für Freilichtkuren eingerichtet. So will die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg durch die Zusammenfassung aller auf die Hebung der Volksgesundheitspflege gerichteten Bestrebungen mit Hilfe der wissenschaftlichen Errungenschaften der Erhaltung und Pflege der Gesundheit nützen.



Grundriß des Höhensonneninstituts

VEREINIGUNG VON KRANKENKASSEN GROSS-HAMBURGS E.V.

VON E. LANZ

DIE *Vereinigung von Krankenkassen Groß-Hamburgs e. V.* erstreckt sich über das Wirtschaftsgebiet Hamburg sowie dessen nächste Umgebung und umfaßt zur Zeit 31 Krankenkassen mit rund 500000 Mitgliedern. Die Vereinigung ist die Rechtsnachfolgerin des Krankenkassenausschusses hamburgischer Krankenkassen, der seinerseits im Jahre 1916 als eine Vereinigung gemäß § 414 der Reichsversicherungsordnung gegründet war und dem vom Senat lt. § 407 RVO. die Befugnis

a) zur Anstellung von Angestellten,
b) zur Vorbereitung und zum Abschluß von Verträgen mit Ärzten und Apothekenbesitzern

erteilt wurde.

Die Vereinigung trägt einen gemeinnützigen Charakter und dient ausschließlich den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe im Sinne der Reichsversicherungsordnung.

Ihr Aufgabenkreis erstreckt sich auf

- Rat- und Auskunftserteilung durch die Geschäftsstelle,
- Herausgabe von Rundschreiben und Mitteilungsblättern,
- Abhaltung von Vorträgen und Unterhaltungen gesundheitlicher, fürsorgerischer und aufklärender Art unter Heranziehung von Ärzten und Sozialpolitikern,
- Abschluß von Verträgen mit den Kontrahenten der Krankenkassen sowie Überwachung der Verträge,
- Vertretung der Krankenkassen gegenüber den Vertragskontrahenten,
- Einkauf von Verbandstoffen und Krankenpflegeartikeln
  - a) für die Selbstabgabe in Auswirkung des Apotheker-Vertrages,
  - b) für die Lieferung des Sprechstundenbedarfs für die 600 Vertragsärzte,
- Prüfung der Rezepte auf Zulässigkeit der Medikamente für den Sprechstundenbedarf,
- Aufstellung von Arzneistatistiken,
- Prüfung der Rezepte auf wirtschaftliche Verordnungsweise,
- Arbeiten aus dem Arztvertrage: Rechnungslegung und Honorareinziehung,
- Formularverlag: Rezepte, Honorarkarten, Abrechnungsformulare usw.

Die Organe der Vereinigung sind der Vorstand, die Mitglieder sowie die Vorstände-Versammlung.

In praktischer Betätigung seiner Zweckbestimmung hat sich die Vereinigung in besonderem Ausmaße dem Vertragswesen zugewandt und mit Ärzten, Apothekern, Zahnärzten, Optikern usw. Verträge geschlossen.

An dem *Arztvertrag* sind 13 Krankenkassen der Vereinigung mit 454 839 Mitgliedern beteiligt. Es besteht das System der beschränkt freien Arztwahl, die Zahl der zugelassenen Ärzte beträgt 600. Das kassenärztliche Honorar ist ein Fallpauschale, beträgt für den Krankheitsfall 7 Rm. mit der Maßgabe, daß der Versicherungsfall im Sinne der RVO., der sogenannte Hamburger Fall, zur Anwendung gelangt. Die Abgabe von Sachleistungen erfolgt unter vereinbarten Kontrollen zu besonders festgesetzten Preisen.

Für Groß-Hamburg ist ein besonderes Verordnungsbuch herausgegeben.

Neben einer Reihe von Nährmitteln sind Verordnungen von Mittagskost (Krankenkost) auf die Dauer von vier Wochen und Milchverordnungen zugelassen.

Der *Apothekervertrag* sieht die Belieferung der Apotheken mit Verbandstoffen und Krankenpflegeartikeln für die Angehörigen der Vertragskrankenkassen vor. Im Durchschnitt sind im Jahre 1927 Lieferungen in Höhe von 45 000 Rm. monatlich erfolgt. Die ausgesucht guten Verbandstoffe werden in besonderen Packungen abgegeben. Die Apotheken werden mit dem Lieferauto der Vereinigung bedient. Der Verkehr mit den Apothekern hat sich fast reibungslos durchführen lassen.

In Hinsicht auf die Vorschrift des § 182a, Abs. 1, der RVO. werden die Rechnungen nur in Höhe von 90 v. H. ausgefertigt; von diesem Betrage wird den Kassen für Rezeptur und Handverkauf einschl. Flaschenrückvergütung ein Abschlag von $8^1/_2$ v. H. gewährt.

Verträge bestehen ferner mit dem Verein der Kassenzahnärzte für das Wirtschaftsgebiet Groß-Hamburg e. V. und dem Großbezirk Hamburg des Reichsverbandes deutscher Dentisten e. V.

Seitens der Zahnärzte und Dentisten wird so gutes technisches Material verwendet, daß Zuzahlungen

der Mitglieder nicht erfolgen dürfen. Für diese Behandlung werden durchschnittlich pro Kopf des Mitgliedes ca. 4 Rm. ausgegeben.

Ein Vertrag besteht ferner mit dem Verein der Besitzer von Kur- und Badeanstalten. Die Verordnung von Bädern erfolgt auf besonderen Baderezepten, die gleichzeitig als Kontrolle ordnungsmäßiger Behandlung dienen. Es sind fast sämtliche Badeanstalten im Wirtschaftsgebiet Groß-Hamburg zugelassen.

Nach dem bestehenden *Optikervertrag* wird eine Meniskenbrille oder ein Meniskenkneifer in fünf verschiedenen Fassungen einschl. Futteral an Mitglieder abgegeben.

Es besteht ferner ein Abkommen mit dem Sol- und Moorbad Bad Bramstedt bezügl. Unterbringung von Kassenpatienten der Groß-Hamburger Krankenkassen bei folgenden Krankheiten:

Rheumatismus, Gicht, Gelenkentzündungen, Unterleibsleiden, Bleichsucht, nerv. Erschöpfungszuständen, Skrofulose.

Der Verpflegungssatz beträgt 5 Rm. ausschließlich der Sol- und Moorbäder. Das Bad ist während des Winterquartals geschlossen. Die Belegungsziffer betrug im Durchschnitt ca. 180 Patienten täglich. Einweisungen von Patienten erfolgen durch die Krankenkassen der Vereinigung sowie durch die Krankenkassen des Landesverbandes „Norden“.

Der Wohltätige Schulverein gibt in sechs Küchen Krankenkost an Krankenkassenpatienten ab. Der Preis der Portion Mittagskost beträgt 50 Pf. Im Jahre 1927 sind 96 939 Portionen zur Abgabe gelangt.

Die öffentliche sowie private Gesundheitsfürsorge in Groß-Hamburg war seit jeher ein wichtiger Zweig des Gesundheitswesens. Die immer wieder angestrebte Zusammenfassung der öffentlichen und privaten Träger der Gesundheitspflege mit den Versicherungsträgern, Landesversicherungs-Anstalt der Hansestädte und Krankenkassen, ist 1927 erfolgreich durchgeführt. Nur in einer Arbeitsgemeinschaft ist zielklare Fürsorgearbeit möglich, die zweckentsprechend und rationell gestaltet werden kann. Vordem wurden private und öffentliche Träger mit Beiträgen bedacht, die im Umlageverfahren von den Vereinskassen wieder eingehoben wurden. Das Verfahren hat sich auch heute nicht geändert, doch ist die finanzielle Anspannung in der Fürsorgearbeitsgemeinschaft größer geworden.

Für das Jahr 1928 sind für die Arbeitsgemeinschaft Hamburg rund *Rm. 40 000.—* und für die Arbeitsgemeinschaft Schleswig-Holstein rund *Rm. 8 600.—* zur Verfügung gestellt, ohne damit den Anforderungen ganz entsprochen zu haben, da sich das Fürsorgegebiet ständig erweitert.

Für die außerhalb der Arbeitsgemeinschaft stehenden Fürsorgeeinrichtungen sind von den

Hamburger Vereinskassen . . Rm. 20 000.—
preußischen „ . . „ 4 300.—

aufgebracht und ausgeschüttet worden. Für Stillkontrollen ehelicher und unehelicher Mütter sind etwa *Rm. 15 000.—* pro Jahr bereitgestellt.

Das Gebiet der Kinderfürsorge, Speisung, Beobachtung, Verschickung, wird von den Kassen direkt bearbeitet, und es kommen sehr erhebliche finanzielle Aufwendungen in Betracht.

Mit der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte besteht seit 1917 eine Arbeitsgemeinschaft, die infolge der Errichtung eines Instituts für Beinleiden durch die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte nötig wurde und die Vereinigung von Krankenkassen Groß-Hamburgs (e. V.) zur Mittragung der halben Kosten verpflichtete.

In der Behandlung der Beinleidenden ist keine Frist gesetzt. Ein Vorzug ist ferner die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, da die Anstalt vorwiegend an sechs Tagen in der Woche geöffnet ist. 1168 Personen mit 17 992 Sprechstundenbehandlungen haben das Institut aufgesucht. Für 1927 betrugen die Betriebskosten *Rm. 35 803.33.* Die Kosten pro Fall stellten sich auf *Rm. 15.69.*

In Kiekut (Groß-Hansdorf) errichtete die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte ein Tageserholungsheim für 60 weibliche Pfleglinge. Zur Errichtung und Verwaltung ist eine G. m. b. H. gegründet, an welcher die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg sowie die Vereinigung von Krankenkassen Groß-Hamburgs (e. V.) beteiligt sind. Das Wohlfahrtsamt ist der G. m. b. H. nachträglich beigetreten.

Die vielfältigen Aufgaben der Vereinigung von Krankenkassen Groß-Hamburgs (e. V.) erfordern einen Personalaufwand von 24 Personen einschließlich eines führenden Arztes und des Geschäftsführers.

Bemerkenswert ist die Zusammensetzung der Vereinigung von Krankenkassen, die auf die Mitarbeit von 8 Orts-, 2 Innungskassen, 1 Betriebskrankenkasse, 2 staatlichen Betriebskrankenkassen, 3 kaufmännischen und 12 gewerblichen Ersatzkassen rechnen kann und großen Erfolg durch die Verbindung sonst widerstreitender Elemente erzielt hat.

DIE BETRIEBSKRANKENKASSEN IN HAMBURG

VON DEM VERBAND ZUR WAHRUNG DER INTERESSEN DER BETRIEBSKRANKENKASSEN IM UNTERELBEBEZIRK

DER Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen im Unterelbebezirk, der den Bezirk Groß-Hamburg, Schleswig-Holstein, Lübeck und Harburg umfaßt, ist ein Verband der Firmen, die für ihre Betriebe Betriebskrankenkassen errichtet haben. Es liegt in der Eigenart der Betriebskrankenkassen, daß sie infolge der Begrenzung ihres Wirkungsbereichs auf die Arbeitnehmerschaft *eines* Unternehmens in den Kassenvorständen die Interessen der einzelnen Kassen und die Besonderheit der Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Angehörigen nicht nur nach der Art ihrer Zusammensetzung, sondern auch nach der Berufsart wahrnehmen.

Der Verband vertritt die gemeinsamen Interessen der verschiedenen Wirtschaftsgebiete als auch die Interessen der verschiedenen Industriegruppen auf dem Gebiete der Krankenversicherung, während die inneren gemeinsamen Angelegenheiten der Kassen durch den beim Verband gebildeten Arbeitsausschuß der Betriebskrankenkassen, der paritätisch aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstand der verschiedenen Kassen zusammengesetzt ist, ihre sachgemäße Behandlung finden.

Die Betriebskrankenkassengruppe Groß-Hamburg umfaßt 31 Betriebs- und 3 Innungskrankenkassen mit rund 93 000 Versicherten.

Sie hat gemeinsame Verträge mit Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Badeanstalten usw. abgeschlossen und unterhält eine Rechnungsstelle, eine Vertrauensarztstelle und eine Rezeptprüfungsstelle.

RECHNUNGSSTELLE.

Der Rechnungsstelle obliegt die Honorarverrechnung mit den z. Z. rund 620 Vertragsärzten, die in der Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburg e. V. zusammengefaßt sind. Seit 1919 besteht bei der Betriebskrankenkassengruppe Groß-Hamburg das System der beschränkt freien Arztwahl.

VERTRAUENSARZTSTELLE.

Die Vertrauensarztstelle mit vier festangestellten Vertrauensärzten und dem dazu nötigen Hilfs- und Bureaupersonal hat die üblichen Kontrolluntersuchungen vorzunehmen. Da die Betriebskrankenkassengruppe sogenannte Eigenbetriebe nicht unterhält, obliegt den Vertrauensärzten auch die Nachprüfung aller Anträge auf Höhensonnen-, Diathermie-, Röntgenbehandlungen usw. sowie in großem Umfange auch die der Anträge auf Krankenhausbehandlung, die die Krankenkassen durch die hohen Kostensätze und die große Zahl zu versorgender Angehöriger außerordentlich stark belastet.

REZEPTPRÜFUNGSSTELLE.

Die Rezeptprüfungsstelle mußte 1927 eingerichtet werden, da die Beachtung der Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung anders nicht zu erreichen war.

LEISTUNGSUMFANG.

Die Beitragseinnahme betrug bei den zur Betriebskrankenkassengruppe gehörigen Kassen im Jahre 1927 bei einem Durchschnittsbeitragssatz von 6.20 v. H. des Grundlohns für ein Mitglied *Rm. 128.20.*

Von dieser Beitragseinnahme wurden aufgewendet für Leistungen der Krankenhilfe Rm. 123.09 pro Mitglied, das sind 96.01 v. H. der Beitragseinnahme.

Diese Leistungen setzten sich zusammen aus

1. Leistungen an die Mitglieder selbst
   a) *in natura* (Arztkosten, Zahnarztkosten, Arznei, Krankenhauspflege usw.) mit Rm. 41.68 pro Mitglied = 32,5 v. H. der Beitragseinnahme,
   b) *Barleistungen* (Krankengeld, Haus- und Taschengeld, sowie Wochenhilfe und Sterbegeld) an Mitglieder Rm. 47.37 pro Mitglied = 36,86 v. H. der Beitragseinnahme.
2. Leistungen in der Familienhilfe Rm. 31.28 pro Mitglied = 24.40 v. H. der Beitragseinnahme.

Diese Zahlen zeigen den großen Wert der Betriebskrankenkassen Groß-Hamburgs auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege, wobei besonders die umfangreiche Familienhilfe der Betriebskrankenkassen zu betonen ist.

DIE LANDESVERSICHERUNGSANSTALT DER HANSESTÄDTE IN LÜBECK

VON PRÄSIDENT HELMS

I. VERFASSUNG UND VERWALTUNG.

1. ORGANISATION.

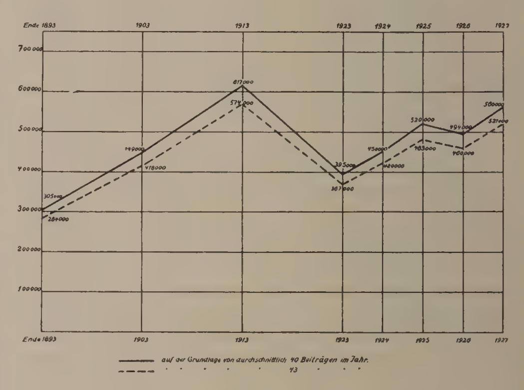
DIE Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Lübeck ist für den Bezirk der drei Hansestädte Hamburg, Bremen und Lübeck Träger der auf Reichsgesetz beruhenden obligatorischen Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter. Sie ist ins Leben getreten am 1. Januar 1891 auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes von 1889; ihre Rechtsgrundlage bildet jetzt die Reichsversicherungsordnung von 1911, die nach zahllosen Änderungen am 15. Dezember 1924 in neuer Fassung bekanntgemacht, seitdem aber bereits wiederholt geändert worden ist; die Invalidenversicherung behandelt das IV. Buch des Gesetzes. Die Anstalt ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts; sie hat ihren Sitz in Lübeck, das 1879 sein altberühmtes Oberappellationsgericht der Hansestädte als gemeinsames Oberlandesgericht an Hamburg abgeben mußte. Verwaltet wird die Anstalt von einem Vorstand, der sich aus drei hauptamtlichen, von den Senaten der drei Hansestädte ernannten Mitgliedern und aus ehrenamtlichen, vom Ausschuß der Anstalt gewählten Mitgliedern (zwei Vertretern der Arbeitgeber, zwei der Versicherten) zusammensetzt; in bestimmten wichtigen Fällen (insbesondere Abnahme der Jahresrechnung, Festsetzung des Voranschlags und Nachbewilligungen dazu, Aufstellung und Änderung der Satzung) wirkt ein je zur Hälfte aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern bestehender Ausschuß von 22 Mitgliedern beschließend mit. Er wird gewählt von den Ausschußmitgliedern der Krankenkassen des Anstaltsbezirks; seine Aufgaben entsprechen etwa denen einer aus Vertretern bestehenden Generalversammlung.

2. KREIS DER VERSICHERTEN.

Nachdem die Angestellten (Handlungsgehilfen, Bureaugehilfen usw.), die ursprünglich auch bei der Anstalt pflichtversichert waren, auf Grund der für sie eingeführten besonderen Angestelltenversicherung seit 1913, endgültig mit geringen Ausnahmen seit 1923, aus der Pflichtzugehörigkeit zur Invalidenversicherung ausgeschieden sind, umfaßt der Kreis der Versicherten Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Hausgehilfen, Hausgewerbtreibende sowie unteres Schiffspersonal; die Invalidenversicherung ist damit nahezu reine Arbeiterversicherung geworden. Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte umfaßt etwa 500 000 bis 550 000 Versicherte, von denen etwa zwei Drittel auf Hamburg entfallen. Etwa 90 bis 95 v. H. der Versicherten sind Pflichtmitglieder, etwa 5 bis 10 v. H. freiwillig Versicherte, die nach früherer Pflichtversicherung ihre Versicherung fortsetzen (Weiterversicherung, § 1244 Reichsversicherungsordnung); von der insbesondere für kleine Gewerbetreibende, die regelmäßig in ihren Betrieben keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, in Betracht kommenden Befugnis, der Versicherung von vornherein freiwillig beizutreten (Selbstversicherung, § 1243 Reichsversicherungsordnung), wird kaum Gebrauch gemacht. Etwa 60 v. H. der Versicherten sind Männer, etwa 40 v. H. Frauen.

Die Entwicklung der Zahl der Versicherten zeigt Tabelle 1 für einige charakteristische Jahre, nach der

Tabelle 1. Zahl der Versicherten.



ersten Durchführung des Gesetzes, nach der Durchführung des Gesetzes von 1899, nach der Durchführung der Reichsversicherungsordnung von 1911, nach Abschluß von Krieg, Inflation und endgültigem Ausscheiden der Angestellten (1923) sowie in den letzten Jahren. Die Zahl der Versicherten wird herkömmlich annäherungsweise dadurch ermittelt, daß die Zahl der in einem Jahre eingekommenen Wochenbeiträge durch 40 geteilt wird, als dem erfahrungsmäßigen Durchschnittssatz der je Kopf und Jahr für einen Versicherten eingehenden Beiträge; in dieser Zahl sind die Ausfälle durch Krankheit, Arbeitslosigkeit, Beitragshinterziehung sowie die geringere Beitragsleistung der nicht regelmäßig Beschäftigten

sowie der freiwillig Versicherten berücksichtigt. Nach neuesten, im Reichsarbeitsministerium angestellten Berechnungen ist 40 als durchschnittliche Jahresbeitragszahl etwas zu niedrig, 43 soll der Wirklichkeit näher kommen; die Tabelle zeigt die Berechnung daher auch auf dieser Grundlage. Der Rückgang, den Krieg, Inflation und Ausscheiden der Angestellten verursacht haben, ist, wie die Kurven zeigen, jetzt wieder ausgeglichen, zu einem Teil wohl auch durch die zunehmende Berufsarbeit der Frau. In dem Rückgang Ende 1926 kommt die große Arbeitslosigkeit, in dem Anstieg bis Ende 1927 die Besserung der Wirtschaftslage deutlich zum Ausdruck.

3. RENTEN.

Die Renten sind die gesetzliche Pflichtleistung der Invalidenversicherung. Renten erhalten die Versicherten nach einer Wartezeit von mindestens 200 Beitragswochen, wenn sie 65 Jahre alt werden (sogenannte Altersinvalidenrente), oder wenn sie invalide, das heißt um mehr als 66²/₃ v. H. erwerbsbeschränkt werden (Invalidenrente); ferner erhält nach dem Tode des Versicherten seine Witwe, falls sie 65 Jahre alt oder invalide ist, Witwenrente, seine Kinder bis zum 15., bei fortdauernder Berufsausbildung oder Schulbesuch bis zum 21. Lebensjahr, Waisenrente. Die Rente besteht aus einem Grundbetrag, der sich bei der Invalidenrente auf Rm. 20.— monatlich beläuft (Rm. 14.— davon trägt die Anstalt, Rm. 6.— schießt das Reich zu), und einem Steigerungssatz nach Maßgabe der entrichteten Beiträge; dazu tritt bei der Invalidenrente noch ein Kinderzuschuß von Rm. 10.— monatlich. Ohne diesen beträgt die Invalidenrente zur Zeit im Durchschnitt etwa Rm. 32.— monatlich, die Witwenrente etwa Rm. 24.— monatlich, die Waisenrente etwa Rm. 15.—; die Höchstsätze, die zur Zeit (Anfang 1928) erreicht werden, betragen für die Invalidenrente (ohne Kinderzuschuß) etwa Rm. 49.—, für die Witwenrente etwa Rm. 32.—, für die Waisenrente etwa Rm. 24.50 monatlich[1]. Insgesamt wird die Rentenlast der Anstalt für 1928 etwa 24 Millionen Reichsmark betragen; es liefen Ende 1927 68 293 Renten, davon 46 027 Invalidenrenten, 7815 Witwenrenten, 1438 Witwenzusatzrenten (halbe Witwenrente neben eigener Invalidenrente), 13 013 Waisen-Stammrenten mit 18 532 Waisen.

Die Entwicklung der Renten zeigen die Tabellen 2 bis 4. Zu Tabelle 2 ist zu bemerken, daß die Hinterbliebenenrenten erst 1912 durch die Reichsver-

[1] Nach dem Gesetz vom 19. März 1928 erhöhen sich die Zahlen etwas infolge erneuter Aufwertung der alten Beiträge; Höchstbetrag der Invalidenrente am 1. April 1928 ohne Kinderzuschuß Rm. 57.50 monatlich.

Tabelle 2. Zahl der laufenden Renten.

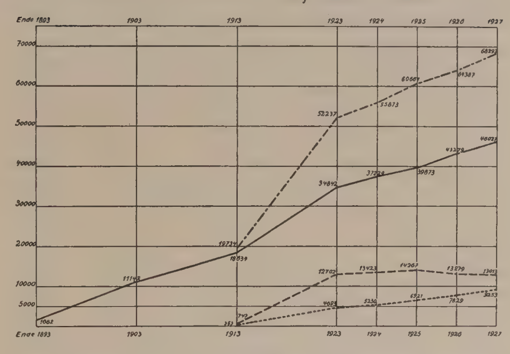
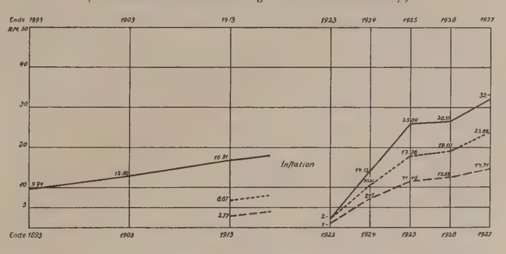
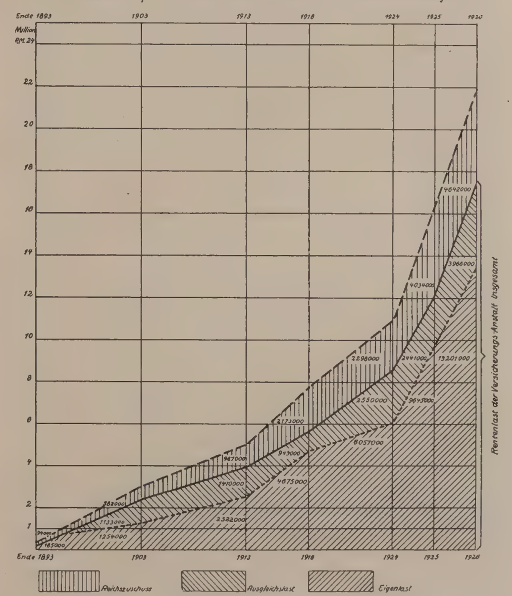


Tabelle 3. Höhe der laufenden Renten
(Durchschnitts-Monatsbetrag ohne Kinderzuschuß).



Erreichbare Höchstsätze (ohne Kinderzuschuß) am 1. Januar 1928: Invalidenrente Rm. 48.84, Witwenrente Rm. 31.70, Waisenrente Rm. 24.42.

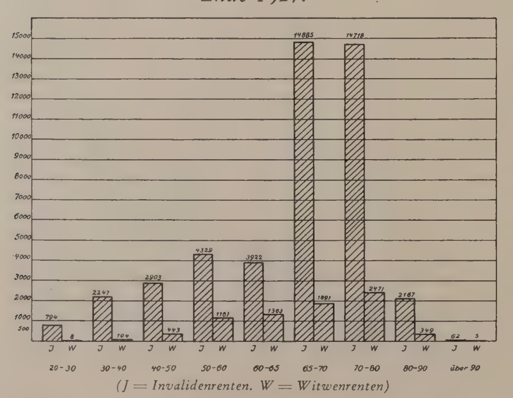
Tabelle 4. Rentenlast und Reichszuschuß.



sicherungsordnung hinzugekommen sind, zu Tabelle 3, daß die gegenwärtige Rentenhöhe erheblich über diejenige hinausgeht, die bei ununterbrochener Fortentwicklung auf der Grundlage der ursprünglichen Reichsversicherungsordnung sich bis jetzt ergeben haben würde; besonders gilt das von den anfangs nahezu sinnlos niedrigen Witwen- und Waisenrenten, die besonders wirksam ausgestaltet worden sind. Tabelle 4 zeigt die Entwicklung der Rentenlast der Anstalt. Bekanntlich wird die Rentenlast von der Gesamtheit der Anstalten gemeinsam nach Maßgabe der Beitragseinnahmen gedeckt. Dank relativ hoher Beitragseinnahmen ist die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte sogenannte „Überschußanstalt", d. h. sie muß zur Gesamtlast mehr beitragen, als die von ihr selbst angewiesenen Renten ausmachen, während die Anstalten mit überwiegend landwirtschaftlichem Bezirk sämtlich „Zuschußanstalten" sind; für das Jahr 1926 betrug diese Ausgleichslast für die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte fast 4 Mill. = 30 v. H. der Eigenlast!

Seit 1923 gibt es keine besondere Altersrente mehr, vielmehr ist seitdem die Vollendung des 65. Lebensjahres ebenso Versicherungsfall für die Invalidenrente (seit 1. April 1927 auch für die Witwenrente) wie der Eintritt der Invalidität. Etwa 45 v. H. aller Invalidenrenten werden wegen Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt (1927: 46,4 v. H.), 55 v. H. wegen früheren Eintritts der Invalidität. Als Invaliditätsursache steht bei den Versicherten die Tuberkulose an der Spitze; 1927 entfielen von 6532 bewilligten Invalidenrenten 8,5 v. H. auf sie, auf Herzleiden 5,7 v. H., auf Rheumatismus 4,5 v. H., auf Nervenleiden 4,2 v. H. Bei den Witwenrenten entfallen 1927 von 1461 bewilligten Renten sogar 48 v. H. auf die Altersrente, die Tuberkulose tritt, dem höheren Lebensalter entsprechend, zurück (1,8 v. H.), Herzleiden (7,7 v. H.), Nervenleiden (5,5 v. H.), Rheumatismus (5,2 v. H.) und Krampfadern (3,8 v. H.) stärker hervor.

Tabelle 4a. Altersgruppen der Rentenempfänger, Ende 1927.



(J = Invalidenrenten. W = Witwenrenten)

Vom Gesamtbestand an Invalidenrenten entfallen 69 v. H., vom Bestand der Witwenrenten (die erst seit 1. April 1927 auch ohne Invalidität bei Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt werden) 60 v. H. auf Rentenempfänger, die mehr als 65 Jahre alt sind. Diese Zahlen lassen erkennen, daß die wesentliche Funktion der Invalidenrente die der Altersversorgung ist. Wie sich im übrigen die Altersgruppen der Rentenempfänger verteilen, zeigt Tabelle 4a.

4. GESUNDHEITSFÜRSORGE.

(Heilverfahren, allgemeine Maßnahmen.)

Für den Versicherten, der vorzeitig invalide wird oder zu werden droht, ist wichtiger als die bescheidene Rente die Wiederherstellung oder Erhaltung seiner Arbeitskraft; überhaupt schiebt günstiger Gesundheitszustand der Bevölkerung den Eintritt der Invalidität hinaus, ungünstiger Gesundheitszustand befördert vorzeitige Invalidität. So haben die Landesversicherungsanstalten ein wesentliches Interesse daran, den Gesundheitszustand bei den einzelnen Versicherten wie allgemein bei den in die Versicherung einbezogenen breiten Bevölkerungskreisen zu fördern. Sie haben zu diesem Zweck den Kampf besonders gegen die beiden verheerenden Volksseuchen, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, aufgenommen, indem sie Versicherte, neuerdings vielfach — die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bereits seit Jahren — auch Ehefrauen und Kinder von Versicherten, in Lungenheilstätten verschicken, die Lungenfürsorgestellen unterstützen, Beratungsstellen für Geschlechtskranke unterhalten. Darüber hinaus verschicken sie Versicherte auch wegen anderer Leiden in Bäder und helfen sozialhygienische Einrichtungen aller Art errichten und betreiben. Auf diesem Gebiet hat die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte führend gewirkt, indem sie unter ihrem ersten Vorsitzenden, Direktor *Gebhard* (1891 bis 1906), die beiden großen Lungenheilstätten Oderberg-Gebhardsheim (für Männer, 165 Betten; 1897 eröffnet, die erste eigentliche Lungenheilstätte im Besitz und Betrieb einer Landesversicherungsanstalt) und Glückauf (für Frauen, 135 Betten; 1901 eröffnet) in St. Andreasberg im Harz schuf, sowie für Kuren an der See 1903 ein Genesungsheim in Westerland auf Sylt (75 Betten für Frauen) erwarb. Ferner hat die Anstalt unter seinem Nachfolger, Geheimen Regierungsrat *Bielefeldt* (1907 bis 1924), auch damit den andern Anstalten vorangehend, die Fürsorge für die tuberkulösen und tuberkulose-

bedrohten Kinder der Versicherten aufgenommen und dafür neben umfangreicher Belegung von Plätzen in fremden Heimen eine Lungenheilstätte mit 100 Betten und für Waisenkinder, die von ihr Rente beziehen, ein Landerziehungsheim mit 106 Betten in Groß-Hansdorf bei Hamburg eingerichtet. Über diese Heilstätten und Heime vergleiche Abschnitt II.

Im Jahre 1926 hat die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für Zwecke der Heilfürsorge für Erwachsene und Kinder aus dem Kreise ihrer Versicherten netto Rm. 1745417.37 aufgewendet = 8,9 v. H. ihrer Beitragseinnahme, gegen Rm. 17166655.75 = 79,59 v. H. für Renten; sie hat damit 1803 Kuren für Erwachsene, 1104 für Kinder in Lungenheilstätten durchgeführt, ferner 822 Kuren in andern Heilstätten und Bädern. Von den letzten entfielen auf Oeynhausen und Lüneburg 199 Fälle, auf die Nervensanatorien Rasemühle und Haus Schönow-Gremsmühlen 147 Fälle, auf Nauheim 70 Fälle, auf Pyrmont 90 Fälle, auf Wildungen 7 Fälle. Ein Bild vom Umfang und Kosten des Heilverfahrens geben die Tabellen 5 und 6; unter „unständigem Heilverfahren" (Tab. 6) sind im wesentlichen Zuschüsse zu orthopädischen Hilfsmitteln und vor allem zum Zahnersatz (künstliche Gebisse) zu verstehen.

Die Aufwendungen, die dem eigentlichen Heilverfahren, d. h. der Gesundung des einzelnen kranken Versicherten, dienen, werden, wie schon angedeutet, ergänzt durch allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung, die zu fördern oder durchzuführen § 1274 Reichsversicherungsordnung seit 1912 die Anstalten — allerdings nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde, die aber für Pauschbeträge erteilt werden kann — ermächtigt. Diese Ermächtigung bildet die Grundlage für die Aufwendungen für Tuberkulose-Fürsorgestellen, für Beratungsstellen für Geschlechtskranke, für Beihilfen an die Gemeindepflege und an sozialhygienisch bedeutsame Veranstaltungen mannigfacher Art, zum Teil — so bei den soeben genannten — als laufende Zuschüsse (bei den Fürsorgestellen trägt die Landesversicherungsanstalt z. B. ein Drittel der Kosten), teils als einmalige Einrichtungsbeihilfen. Auf derselben Grundlage ruhen aber auch die Ausgaben für Kuren zugunsten der Angehörigen der Versicherten, insbesondere Ehefrauen und Kinder, die die Landesversicherungsanstalt zur Bekämpfung der Tuberkulose durchführt. Das Maß dieser Aufwendungen für allgemeine Maßnahmen zeigt Tabelle 7.

Von der Befugnis, an Stelle der Rente Invalidenhauspflege oder Waisenhauspflege zu gewähren

Tabelle 5. Zahl der durchgeführten ständigen Heilverfahren (in Heilstätten, Bädern, Genesungsheimen) für Versicherte.

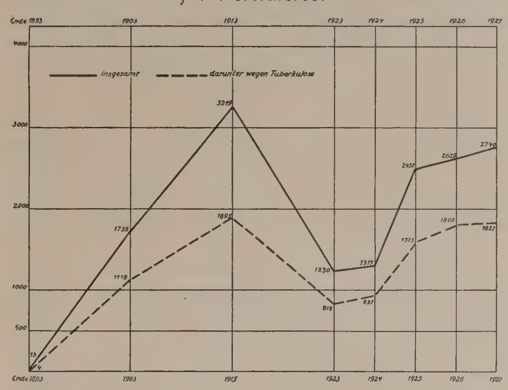


Tabelle 6. Nettokosten des Heilverfahrens (ständig und unständig) für Versicherte.

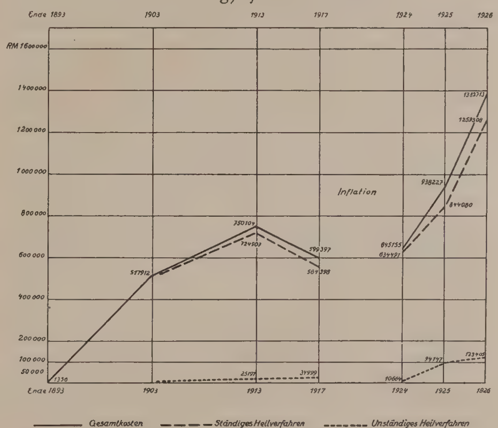
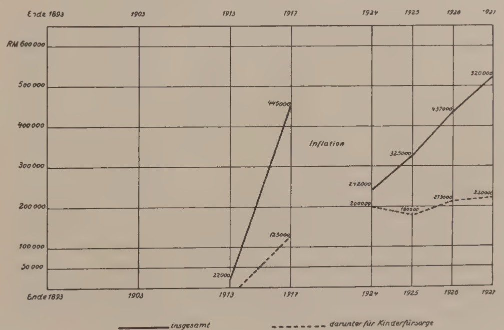


Tabelle 7. Aufwendungen für allgemeine Maßnahmen (§ 1274 RVO.).



(§ 1277 RVO.), macht die Landesversicherungsanstalt bei den Versicherten nach dem Mißerfolg mit dem Invalidenheim in Groß-Hansdorf (vgl. Abschnitt II Ziffer 5) erst neuerdings wieder in einzelnen Fällen unter dem Gesichtspunkt der Isolierung offener Tuberkulose Gebrauch. Wohl aber dient das genannte Heim jetzt der Waisenhauspflege (vgl. den Bericht a. a. O.), und darüber hinaus wurden die Heilstätten- und Badekuren der Waisenkinder, die von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte Rente beziehen, als vorübergehende Waisenpflege behandelt; künftig sollen sie aber den „allgemeinen Maßnahmen" eingereiht werden.

Ihre Betätigung im Bereiche der Gesundheitsfürsorge bringt die Landesversicherungsanstalt in nahe Berührung nicht nur mit den Hamburger Krankenkassen, vor allem der Allgemeinen Ortskrankenkasse, sondern auch mit den Hamburger Behörden, die auf demselben Gebiet arbeiten, vor allem der Gesundheitsbehörde und der Wohlfahrtsbehörde. Diese seit Jahren in gutem Einvernehmen und im wesentlichen reibungslos erfolgende Zusammenarbeit hat im Jahre 1927 zum Abschluß einer förmlichen Gesundheitsfürsorgearbeitsgemeinschaft („GeFAG") geführt, der als Versicherungsträger die Landesversicherungsanstalt und die Hamburger Krankenkassen, von den Hamburger Behörden Gesundheitsbehörde, Wohlfahrtsbehörde und Jugendbehörde, ferner als Privatvereine der Landesverband für Volksgesundheitspflege, die Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz, der Ausschuß für Säuglings- und Kleinkinderanstalten sowie der Verein für Krüppelfürsorge angehören. Den Vorsitz führt ein Senator als Präses einer der beteiligten Behörden, den stellvertretenden Vorsitz einer der Versicherungsträger, zur Zeit die Landesversicherungsanstalt; im Arbeitsausschuß führt den Vorsitz zur Zeit der Präsident der Wohlfahrtsbehörde.

Aufgabe dieser Arbeitsgemeinschaft ist:

a) zwischen den Trägern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge eine enge Fühlungnahme zu gewährleisten, insbesondere ein reibungsloses Zusammenarbeiten aller Beteiligten herbeizuführen und Doppelarbeit zu vermeiden;

b) das einheitliche Vorgehen in der Behandlung von Fragen des Ausbaues der Gesundheitsfürsorge zu sichern sowie bestehende Einrichtungen zu fördern und auszugestalten;

c) für eine planmäßige Erfassung der gesundheitlich Gefährdeten der gesamten Bevölkerung zu sorgen;

d) diejenigen Aufgaben, an denen mehrere Träger beteiligt sind, gemeinsam durchzuführen.

Als solche Aufgabengebiete kommen zunächst in Betracht:
- die Tuberkulosefürsorge,
- die Heil- und Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche,
- die Krüppelfürsorge,
- die Fürsorge für Trinker und sonstige Süchtlinge,
- die Geschlechtskrankenfürsorge;

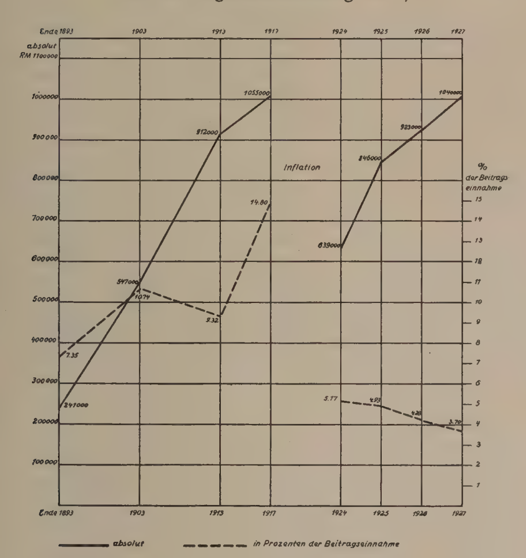
e) die Behandlung der Angelegenheiten des für die Fürsorgearbeitsgemeinschaft tätigen Personals.

Auf der Grundlage dieser Arbeitsgemeinschaft ist inzwischen die Neuregelung der Hamburger Lungenfürsorge mit sechs hauptamtlichen Fürsorgeärzten erfolgt, nicht zuletzt auf Grund der Bereitwilligkeit der Landesversicherungsanstalt, sich an den stark erhöhten Kosten mit einem Drittel — für 1928 mit Rm. 87 000.— — zu beteiligen. Ebenso nimmt die Landesversicherungsanstalt im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft an den Kosten der Verschickung von Kindern und Jugendlichen in Heilstätten, Bäder und Genesungsheime, die durch den Landesverband für Volksgesundheitspflege als gemeinsames Organ besorgt wird, mit drei Zehntel der Nettokosten teil. Ferner hat die Arbeitsgemeinschaft für die Trinkerfürsorge die finanzielle Grundlage sichergestellt (Zuschuß der Landesversicherungsanstalt für 1928: Rm. 6000.—), desgleichen für die Krankenhausfürsorge, die vom Roten Kreuz besorgt wird (Zuschuß der Landesversicherungsanstalt Rm. 2500.—). Verhandelt wird zur Zeit über eine durchgreifende Neuregelung der Krüppelfürsorge. Wie die Beispiele zeigen, geht die Arbeitsgemeinschaft mit Erfolg darauf aus, konkrete Aufgaben durch konkrete Beteiligungsabrede finanziell sicherzustellen; dagegen hat man davon abgesehen, aus allgemeiner, nach irgendeinem Maßstab verteilter Umlage einen Fonds zu schaffen, aus dem die Arbeitsgemeinschaft als solche Beihilfen bewilligt, da es für die Beteiligten bedenklich, etatrechtlich zum Teil auch gar nicht möglich ist, große Beiträge allgemein zu bewilligen, ohne über ihre endgültige Verwendung selbständig verfügen zu können. In formeller Hinsicht liegt die Eigenart der Arbeitsgemeinschaft darin, daß sie zugleich lokal und zentral ist; der Senator, der den Vorsitz führt, ist Mitglied der Landesregierung, die beteiligten Behörden sind mittlere und untere Verwaltungsinstanz zugleich. Die Eigenart des Stadtstaates führt in diesem Falle dazu, mannigfache Organisationsschwierigkeiten, die sich anderwärts ergeben haben, völlig auszuschalten. Schon jetzt darf man sagen, daß die „GeFAG" sich bewährt und die Nutzwirkung der Hamburger Gesundheitsfürsorge steigern, Reibungsverlust und Leerlauf mindern wird.

5. VERWALTUNGSKOSTEN.

Zu der Rentenlast und den Kosten der Gesundheitsfürsorge tritt als dritter größerer Ausgabeposten, jedoch erst in großem Abstand von den genannten, der Verwaltungsaufwand. Die Verwaltungskosten der Anstalt stellen sich recht günstig; sie betragen jetzt nur etwa 3 bis 4 v. H. der Beitragseinnahme. Ihre Entwicklung zeigt Tabelle 8. Wenn sie trotz

Tabelle 8. Verwaltungskosten (einschl. der Kosten der Beitragsüberwachung usw.).

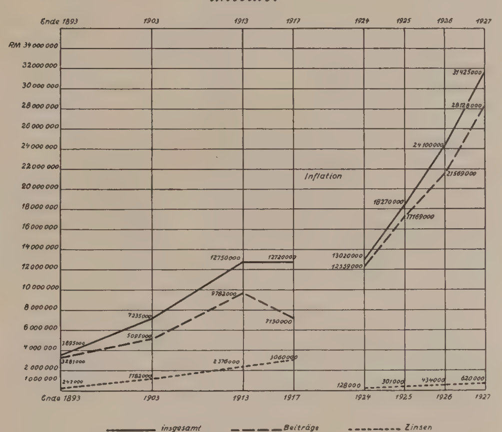


der starken Zunahme der Geschäfte — im Durchschnitt um mehr als 50 v. H.! — erst 1926 das Vorkriegsmaß erreicht und es 1927 nur infolge der Umrechnung des ganzen Rentenbestandes überschritten haben, so darf das als ein Erfolg der „Rationalisierung des Betriebes" verbucht werden; insbesondere hat die Abschaffung des sogenannten Einzugsverfahrens, bei dem die Anstalt die Beiträge auf Grund der Meldungen der Arbeitgeber berechnet und einkassieren und die Marken in die Karten einkleben läßt, sei es durch die Krankenkassen, sei es durch eigene Einzugsstellen, heilsam gewirkt. Für 1928 betragen die Verwaltungskosten insgesamt — Personal- und Bureaukosten — mit Einschluß des Überwachungsdienstes, Kosten der Quittungskarten, Gebühren der Ärzte, der Oberversicherungsämter und des Reichsversicherungsamts im Rentenverfahren — nach dem Voranschlag Rm. 1 063 500.—, die reinen Personalkosten etwa Rm. 900 000.— oder etwa 3 v. H. der auf 30 Millionen Reichsmark sehr vorsichtig angesetzten Beitragseinnahme. Die gesamten Verwaltungskosten lassen sich aus der Zinseinnahme der Anstalt decken, so daß die Beitragseinnahme jetzt wieder dafür überhaupt nicht mehr in Anspruch genommen zu werden braucht.

6. BEITRÄGE.

Deckung für die Ausgaben, die die Renten (Voranschlag 1928: 24,3 Millionen Reichsmark), die Gesundheitsfürsorge (Voranschlag 1928 netto 2,35 Millionen Reichsmark) und den Verwaltungsaufwand (1,06 Millionen Reichsmark) umfassen, findet die Landesversicherungsanstalt, wie Tabelle 9 zeigt,

Tabelle 9. Einnahmen der Landesversicherungsanstalt.



zu mehr als 90 v. H. in der Beitragseinnahme; daneben spielt die — vor der Inflation recht wesentliche — Zinseinnahme (Voranschlag 1928: 1 Million Reichsmark) nur eine untergeordnete Rolle. Von den andern Einnahmen gilt das erst recht.

Die Beiträge sind nach dem Arbeitsverdienst abgestuft; sie betragen bei einem Wochenverdienst

bis zu Rm.	6.—	(Lohnklasse I)	30 Rpf. die Woche
„ „ „	12.—	(„ II)	60 „ „ „
„ „ „	18.—	(„ III)	90 „ „ „
„ „ „	24.—	(„ IV)	120 „ „ „
„ „ „	30.—	(„ V)	150 „ „ „
„ „ „	36.—	(„ VI)	180 „ „ „
über „	36.—	(„ VII)	200 „ „ „

Das ergibt für die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, da bei ihr die Mehrzahl der Versicherten den oberen Lohnklassen angehört, nach dem Voranschlag für 1928 eine Beitragseinnahme von mindestens 2,5 Millionen Reichsmark im Monat oder mindestens 30 Millionen Reichsmark im Jahr;

tatsächlich ist nach dem gegenwärtigen Stande mit einem um etwa 10 v. H. höheren Aufkommen zu rechnen.

Die Entrichtung der Beiträge erfolgt durch Einkleben und Entwerten von Beitragsmarken in die Versicherungskarte (Quittungskarte) des Versicherten. Das Verwenden der Beitragsmarken ist bei Pflichtversicherten Sache des Arbeitgebers, der somit zunächst den ganzen Beitrag zu entrichten hat, jedoch die Hälfte dem Versicherten bei der Lohnzahlung abziehen darf; materiell tragen somit Arbeitgeber und Versicherte die Beitragslast je zur Hälfte. Bei freiwilliger Versicherung hat der Versicherte die Marken selbst zu bezahlen und zu verwenden.

Wie sich die Beiträge im Laufe der Jahre auf die einzelnen Lohnklassen verteilt haben, zeigt Tabelle 10; sie läßt die ganz überragende Bedeutung der obersten Lohnklassen in einem hochindustriellen Bezirk mit relativ hohen Löhnen deutlich erkennen. Entsprechend liegt auch der Durchschnittsbeitrag, wie die Kurve der Tabelle 10a ihn zeigt, nicht unwesentlich über dem deutschen Gesamtdurchschnitt (1926: 109 gegen 97 Rpf.).

Die bis zur Inflation sehr stabil gebliebenen Beiträge sind seit 1924 mehrfach und bedeutend erhöht worden. Das beruht einerseits auf der wiederholten wirksamen Erhöhung der Rente, anderseits und vor allem darauf, daß die Anstalten die ganze alte Rentenlast und die ganze Belastung aus den alten Beiträgen weitertragen müssen, obwohl die alten Renten und die rentensteigernde Wirkung der alten Beiträge bei den neuen Renten weit über das alte Maß gesteigert, das früher vorhandene Deckungskapital aber bis auf einen geringen Bruchteil der Inflation zum Opfer gefallen ist.

Tabelle 10. Beiträge. — Anzahl der verkauften Marken.

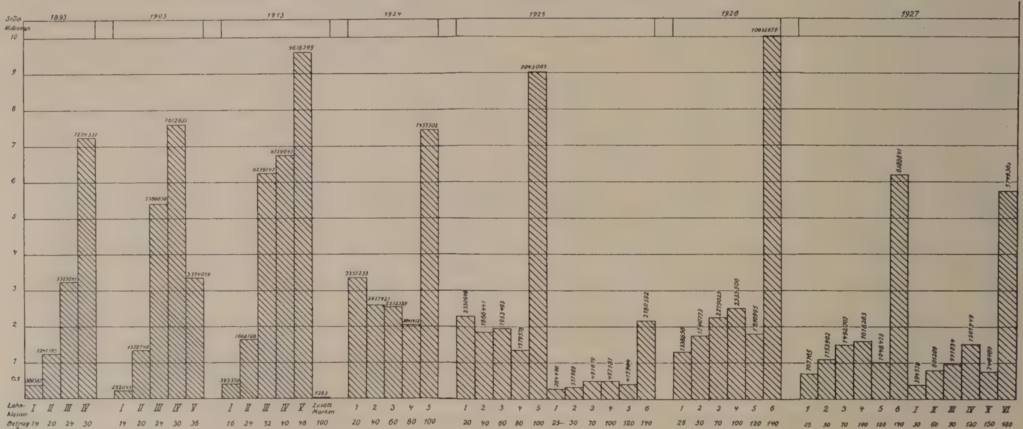
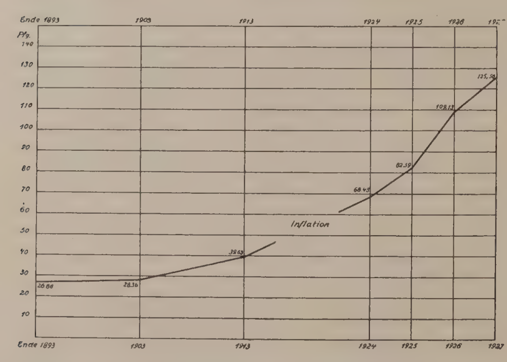


Tabelle 10a. Durchschnittsbeitrag.

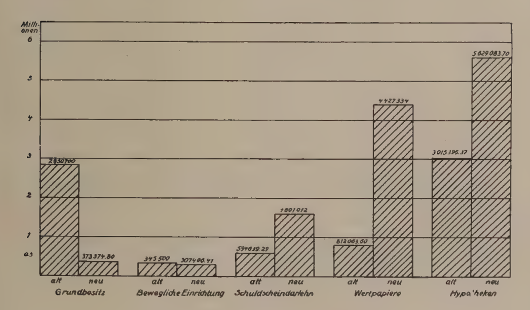


7. VERMÖGEN.

Die Entwicklung des Vermögens der Anstalt bis zur Inflation, deren soeben erwähnte vernichtende Wirkung und die Anfänge neuer Vermögensbildung zeigen Tabellen 11 und 12. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bis zur Inflation das sogenannte Kapitaldeckungsverfahren (genauer: Anwartschaftsdeckungsverfahren) galt, das in den Beiträgen den Kapitalwert der Rente mit eindeckte und dadurch zu starker Kapitalbildung der Anstalt führte. Nachdem dieses überwiegend in Wertpapieren angelegte große Kapital der Anstalt in der Inflation zerronnen ist, sind seit 1924 die Beiträge nach dem Umlageverfahren derart berechnet, daß durch die Beitragseinnahme im Durchschnitt einiger Jahre die jeweilige Renten-

Tabelle 11. Kapitalvermögen.

Tabelle 12. Altes (erhaltenes bzw. aufgewertetes) und neues (seit 1924 gebildetes) Vermögen Ende 1927.



last, die Kosten des Heilverfahrens und die Verwaltungskosten gedeckt werden.

Der Inflationsverlust ist bei der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte deswegen besonders groß gewesen, weil ihr Besitz an Wertpapieren den Hypothekenbestand weit überwog; die Ende 1914 vorhandenen 84,8 Millionen Mark waren nach dem Bilanzwert von Ende 1927 auf 5,5 Millionen Reichsmark zusammengeschmolzen.

Für die Anlage des Vermögens gilt als oberster Grundsatz, daß auch das Vermögen dem Zwecke der Förderung der Volksgesundheit, insbesondere in den Kreisen der Versicherten, dienstbar zu machen ist. Demgemäß führt die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte ihre Rücklagen soweit wie möglich in Gestalt von Hypotheken dem Kleinwohnungsbau und sozialhygienischen Anstalten zu. Vor dem Kriege hat sie etwa 15 Millionen Mark in dieser Weise angelegt. Seit dem Wiederaufbau nach der Inflation hat die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bis Ende 1927 bereits wieder etwa 5 Millionen Reichsmark für den Kleinwohnungsbau hergegeben, zum kleineren Teil (1,4 Millionen Reichsmark) als Darlehen an Gemeinden des Anstaltsbezirks für Wohnungsbauzwecke, zum größeren Teil unmittelbar als erste Hypothek, und damit für mehr als 1200 neue Kleinwohnungen das erste Geld bereitgestellt. Darüber hinaus hat sie einer großen Reihe von gemeinnützigen sozialhygienischen Anstalten durch Hergabe von billigen Hypotheken im Gesamtbetrage von 2,3 Millionen Reichsmark zur Errichtung, Erweiterung oder Erneuerung verholfen. Hervorzuheben sind darunter etwa das schöne Kinderheim der Ballinstiftung im Solbad Lüneburg (Rm. 200000.—), die der Bekämpfung der Knochentuberkulose dienende Sonnenheilstätte Stenum bei Bremen (Rm. 50000.—), die Nervenheilstätte Haus Schönow in Gremsmühlen (Rm. 70000.—), das Arbeiterinnenheim in Cuxhaven, in dem die Saisonarbeiterinnen der Fischindustrie gute, billige Unterkunft finden (Rm. 100000.—; ein ähnliches für Männer, insbesondere Seeleute, ist im Entstehen), der den modernsten Anforderungen genügende große Neubau der Hamburg-Altonaer Kur- und Badeanstalten in Hamburg-Barmbeck (Rm. 350000.—), Jugendheim, Ledigenheim und Wanderherberge im Neubau des Bremer Gewerkschaftshauses (Rm. 400000.—) sowie zahlreiche Schullandheime und Jugendherbergen. Daneben mußte, um die Liquidität der Anstalt zu wahren, ein erheblicher Vorrat an leicht veräußerlichen Wertpapieren — bisher 5 Millionen Reichsmark — angesammelt werden; soweit es sich dabei um Goldpfandbriefe handelt, dient diese Anlage mittelbar auch dem Wohnungsbau.



Heilstätte Oderberg-Gebhardsheim in St. Andreasberg im Harz

II. HEILSTÄTTEN UND HEIME DER LANDESVERSICHERUNGSANSTALT DER HANSESTÄDTE.

1. HEILSTÄTTE ODERBERG-GEBHARDSHEIM.

Die Heilstätte *Oderberg-Gebhardsheim* liegt im Stadtbezirk von St. Andreasberg im Oberharz, 2 km außerhalb der Stadt an der Chaussee nach Braunlage, am Südhang des Dreijungfernholzes mit dem Blick auf Stöberhai in 650 m Höhe. Sie ist die älteste *Lungenheilstätte* im Besitz und Betrieb eines deutschen Versicherungsträgers; ihre Errichtung ist das Verdienst des ersten Vorstandsvorsitzenden der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, des Direktors Gebhard, dessen Name nach seinem Tode (1906) in den Namen der Heilstätte aufgenommen worden ist. Mit dem Bau wurde 1895 begonnen, im Juni 1897 der Betrieb eröffnet; 1905/06 wurde die Heilstätte durch Anbau des Westflügels um die Hälfte vergrößert und 1925 bis 1927 nach den Schäden der Kriegs- und Inflationsjahre (während des Krieges diente sie zeitweilig als Lazarett, von August 1923 bis Mai 1924 war sie infolge der Inflation geschlossen) durchgreifend erneuert und verbessert. Nach dem Lagerbuch betrug am 1. Januar 1928 der Wert

des Grundbesitzes (75 ha, darunter
60 ha Wiesen) . . . . . . Rm. 82 000.—
der Gebäude . . . . Rm. 873 000.—
des toten Inventars . . . . . „ 172 000.—
des lebenden Inventars (Kühe,
Pferde, Schweine) . . . . „ 52 000.—

Die Heilstätte, die nur für *Männer* bestimmt ist, hat Platz für 180 Betten; zur Zeit ist sie für 165 Betten eingerichtet. Die Schlafräume, alle nach Süden gelegen, enthalten je 4 bis 6 Betten. Zwei Speisesäle, mehrere Tagesräume, Lesezimmer, Musikzimmer dienen zum Aufenthalt der Pfleglinge, soweit sie nicht in den unmittelbar mit dem Haus verbundenen, ausgedehnten Liegehallen Liegekur machen oder die Waldwege der Umgegend zum Spaziergang benutzen. Die Behandlung ist die übliche, hygienisch-diätetische; zu ihrer Unterstützung dienen ein großer Baderaum und ein neu geschaffener Raum für Lichttherapie (Höhensonne); in der Mehrzahl der Fälle (1926: 82 v. H.) findet ergänzend eine spezifische Behandlung (meist Ponndorf) statt, in geeigneten Fällen auch eine Gasbrustbehandlung (Pneumothorax). Zur Sicherung der Diagnose dient ein neuer Röntgenapparat (Explorator).

Die — ärztliche und wirtschaftliche — Leitung der Anstalt liegt seit 1902 in den Händen des Chefarztes Dr. Billig; ihm steht für den ärztlichen Dienst ein Assistenzarzt, für den Wirtschaftsbetrieb (außer dem Landwirtschaftsbetrieb) ein Inspektor und ein Personal von 30 Köpfen zur Seite. Die laufenden



Heilstätte Glückauf in St. Andreasberg im Harz

Kosten des Betriebes betragen zur Zeit netto etwa Rm. 450000.— jährlich (einschl. Rm. 71 000.— Zins und Abschreibung). Der Verpflegungstag (einschl. Personal) stellt sich bei einer Durchschnittsbelegung von etwa 140 Betten auf etwa Rm. 7.50, der Beköstigungstag auf etwa Rm. 3.50.

2. HEILSTÄTTE GLÜCKAUF.

Die Heilstätte *Glückauf* liegt in 640 m Höhe unmittelbar am Rande der Stadt Andreasberg im Oberharz, an der Chaussee nach Braunlage; auch sie ist von Direktor Gebhard geschaffen worden, und zwar zur Ergänzung von Oderberg als *Lungenheilstätte für Frauen.* Die Heilstätte ist im Anschluß an ein 1897 gebautes, 1899 von der Landesversicherungsanstalt gekauftes Logierhaus, das als Verbindungsbau zwischen den großen Anbauten im Osten und Westen stehengeblieben ist, in den Jahren 1899 bis 1901 gebaut und seit Juli 1901 in Betrieb (mit Ausnahme der Zeit von August 1923 bis Juni 1924); in den Jahren 1925 bis 1927 ist auch sie gründlich überholt und mannigfach verbessert worden. Nach dem Lagerbuch betrug am 1. Januar 1928 der Wert

des Grundbesitzes (4,65 ha) . .	Rm.	17 600.—
der Gebäude	„	385 000.—
des toten Inventars	„	98 000.—

Land- und Viehwirtschaft ist mit dieser Heilstätte nicht verbunden; die Milch liefert das benachbarte Oderberg.

Die Heilstätte zählt jetzt 135 Betten. Die Liegehallen sind zum größten Teil als Veranden vorgebaut, zum kleineren Teil in einem neuerdings zweistöckigen Flügelanbau enthalten. Zur Ergänzung der hygienisch-diätetischen Behandlung dient ein neuer Bestrahlungsraum, für die Röntgenarbeit ein 1925 beschaffter „Heliopan“. Spezifische Behandlung erfolgt in der Regel mit Partial-Antigenen nach Deycke-Much, Gasbrustbehandlung in geeigneten Fällen.

Chefarzt ist seit 1909 Dr. med. Pingel; ihm steht ein Assistenzarzt zur Seite. Das übrige Personal beträgt 20 Köpfe. Der laufende Betrieb kostet zur Zeit netto etwa Rm. 300 000.— jährlich (einschließlich Rm. 31 000.— für Zins und Abschreibung). Der Verpflegungstag (einschließlich Personal) stellt sich auf etwa Rm. 5.40, der Beköstigungstag auf etwa Rm. 2.65.

3. GENESUNGSHEIM WESTERLAND.

Das Genesungsheim Westerland liegt im Norden der Stadt Westerland auf Sylt dicht hinter den Dünen, mit prachtvollem Ausblick aufs Meer. Es ist 1898 gebaut; 1903 erwarb es die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für Rm. 107 000.— von den Kropper Anstalten als *Heilstätte für leicht-*



Genesungsheim in Westerland auf Sylt (Südseite)

lungenkranke Frauen; soweit der Platz reicht, dient es auch zur Aufnahme von lediglich erholungsbedürftigen Frauen. Während des Krieges war das Heim für militärische Zwecke in Anspruch genommen, August 1923 bis Juni 1924 infolge der Inflation geschlossen. In den Jahren 1926/1927 wurde es im Innern gründlich erneuert, ein Röntgenapparat beschafft (Explorator) und ein Bestrahlungsraum für Höhensonne geschaffen. Danach stand es am 1. Januar 1928 zu Buch mit einem Wert

des Grundbesitzes von	Rm.	16 500.—,
des Gebäudes von	„	158 000.—,
des Inventars von	„	34 000.—.

Zur Zeit (1928) wird es mit einem Kostenaufwand von etwa Rm. 120000.— durch einen Anbau erweitert, der dem Heim außer einem geräumigen Turn- und Spielsaal einen zweiten Tagesraum bringt; der vorhandene reicht für 80 Pfleglinge nicht aus.

Zu der üblichen hygienisch-diätetischen Behandlung mit Liegekuren usw. tritt hier während der warmen Jahreszeit das Baden in der Nordsee und — besonders im Interesse besserer Atmung — leichte gymnastische Bewegungsübungen (rhythmisches Turnen), beides selbstverständlich nur nach ärztlicher Verordnung. Das Turnen erfolgt bei gutem Wetter im Freien; bei schlechtem Wetter mußte es bisher unterbleiben; künftig dient dafür dann die Turnhalle. Ergänzende spezifische Behandlung erfolgt nach Ponndorf oder Petruschky.

Die ärztliche Leitung des Heims liegt seit 1920 in der Hand des Badearztes Dr. med. Grote in Westerland. Das Personal umfaßt 10 Köpfe. Die Kosten des laufenden Betriebes betragen zur Zeit netto etwa Rm. 105 000.— einschließlich Rm. 10 500.— Zins und Abschreibung. Der Verpflegungstag (einschl. Personal) stellt sich auf etwa Rm. 4.50, der Beköstigungstag auf etwa Rm. 2.—.

4. GENESUNGSHEIM GROSS-HANSDORF.

Das Genesungsheim Groß-Hansdorf, an der Hamburger Hochbahn im Dorfe Groß-Hansdorf, dem schönsten der Hamburger Walddörfer, belegen, wurde in den Jahren 1898 bis 1900 als Genesungsheim für weibliche Versicherte erbaut; 1917 wurde es auf Vorschlag des damaligen Vorstands-Vorsitzenden, Geh. Regierungsrats Bielefeldt, in ein Heim für tuberkulöse Kinder umgewandelt und in der Folgezeit immer mehr zur regelrechten *Tuberkulose-Heilstätte* für Kinder ausgestaltet, so daß der Name „Genesungsheim" nach der neuerdings anerkannten Terminologie seinem Wesen nicht mehr entspricht. Ihren Abschluß findet diese Entwicklung zur Heilstätte, nachdem das Heim bereits 1924/25 einer umfassenden Erneuerung und Verbesserung unterzogen



Genesungsheim Groß-Hansdorf, Bezirk Hamburg



Im Luftbade

worden war, 1926 einen Bestrahlungsraum mit vier Jesionek-, zwei Bach- und zwei Solluxlampen und 1927 eine neue Röntgenanlage (Groß-Heliodor) erhalten hatte, in dem in diesem Jahr (1928) erfolgenden Anbau von je zwölf Betten für offene Tuberkulose und als Isolierabteilung für akute ansteckende Krankheiten, sowie in dem Vorbau von Balkonen als Liegehallen neben den nicht ausreichenden Liegehallen im Park; auch die Waschräume und Toiletten werden bei dieser Gelegenheit erneuert. Die Reinigung der Abwässer erfolgt neuerdings nach dem Patent des Dipl.-Ingenieurs Hoffmann, Lübeck. Zu dem Heim gehört ein Gelände von $7^1/_2$ ha, das etwa zur Hälfte als Park, in dem sich auch ein Licht- und Luftbad befindet, zur andern Hälfte als Gemüsegarten dient. Nach dem Lagerbuch betrug am 1. Januar 1928 der Wert

des Grundbesitzes	Rm.	58 000.—,
des Gebäudes	„	275 000.—,
des Inventars	„	86 000.—.

Das Heim bietet Raum für 100, nach dem Anbau für etwa 110 Kinder, und zwar werden neben tuberkulösen Waisenkindern, die von der Landesversicherungsanstalt Waisenrente beziehen, vor allem auch tuberkulöse Kinder lebender Versicherter aufgenommen; in Betracht kommt vorzugsweise Lungentuberkulose. Für die Waisenkinder trägt die Landesversicherungsanstalt die Kosten allein, für die übrigen leistet der Staat einen Zuschuß bis zur Hälfte der ungedeckten Kosten. Von den Eltern wird ein mäßiger Zuschuß gefordert, wenn sie dazu in der Lage sind; andernfalls ist der Aufenthalt des Kindes im Heim für sie kostenfrei.

Die Leitung des Heims liegt seit 1914 in der Hand des Chefarztes Dr. med. Pfeil; für die Behandlung der Kinder steht ihm eine Ärztin zur Seite, für die Pflege der Kinder außer der Oberin drei Schwestern, die das Rote Kreuz in Lübeck stellt, eine Röntgenschwester und zwei Kindergärtnerinnen. Eingegliedert ist dem Heim eine Kochschule — genauer: Haushaltungsschule — mit einer besonderen Haushaltungslehrerin, 9 Praktikantinnen und 14 Kochlehrlingen. Die Kosten des laufenden Betriebes betragen netto etwa Rm. 200 000.— (einschließlich Rm. 25 000.— Zins und Abschreibung). Der Verpflegungstag (einschließlich Personal) stellt sich auf etwa Rm. 4.—, der Beköstigungstag auf etwa Rm. 1.65. Die Bilder zeigen die Südfront des Hauses, an der jetzt die Liegehallen vorgebaut werden, und die Kinder beim Spiel im Licht- und Luftbad.

5. ERHOLUNGSHEIM GROSS-HANSDORF.

Das Erholungsheim für Kinder in Groß-Hansdorf, vom Genesungsheim zehn Minuten entfernt jenseits der Hochbahn gelegen, ist hervorgegangen aus einem Invalidenheim, das die Landesversicherungsanstalt im Jahre 1902 für tuberkulöse Invalidenrentenempfänger gebaut hat; aus dieser Zeit stammt das alte Heim. Als das Invalidenheim infolge der bekannten Schwierigkeiten, die sich aus dem Zusammenleben von schwerkranken Tuberkulösen ergeben, im Jahre 1908 aufgegeben werden mußte, diente das Heim zunächst eine Reihe von Jahren als Durchgangsstation von und zur Lungenheilstätte. Am 1. April 1914 wurde es auf Betreiben von Geheimrat Bielefeldt als Kinderheim in Benutzung genommen und 1914/15 durch einen Neubau ergänzt (neues Heim), so daß es für 106 Kinder Platz bietet. Nach dem Lagerbuch betrug am 1. Januar 1928 der Wert

des Grundbesitzes (26 ha) . .	Rm.	178 000.—,
der Gebäude	„	440 000.—,
des toten Inventars	„	90 000.—,
des lebenden Inventars . . .	„	4 000.—.

Zur Zeit wird das Heim, abgesehen von kleineren Umbauten, durch den Bau einer Turn- und Spiel-





Ansicht vom alten Heime — *Erholungsheim Groß-Hansdorf, Bezirk Hamburg* — *Ansicht vom neuen Heime*

halle, die auch für Vorträge und Aufführungen verwendbar ist, mit einem Aufwand von Rm. 75 000.— ergänzt. Das Heim war ursprünglich nur für gesundheitlich, insbesondere durch Tuberkulose gefährdete *Waisenkinder* bestimmt, denen durch die Aufnahme ins Heim an Stelle der dürftigen Waisenrente Waisenhauspflege gewährt wurde. Auch jetzt noch überwiegen die Waisen, aber der Andrang läßt nach, und so sind in zunehmender Zahl auch Kinder lebender Versicherter im Heim, die zu Hause durch eigene Krankheit oder durch Krankheit von Angehörigen gesundheitlich gefährdet sind. Geblieben ist der Charakter der *Dauerpflege,* die die Kinder am liebsten etwa vom 6. Lebensjahr und bis zur Konfirmation erfaßt. Dem entspricht es, daß dem Heim eine dreistufige Volksschule eingegliedert ist, für die die drei Hansestädte die Lehrerinnengehälter tragen. Im Einklang mit dem ländlichen Charakter des Heims wird auch nicht nur von einem geschickten Dorftischler Unterricht in Handfertigkeit erteilt, sondern auch Gartenpflege gelehrt. Jedes Kind hat sein eigenes Gärtchen und hat Gelegenheit, bei den Arbeiten des Landmanns zu helfen, da etwa 10 ha des großen Anstaltsgeländes als Acker und Garten unter Pflug und Spaten sind; dem Land- und Gartenbau steht ein gelernter Gärtner vor. So ist das Heim tatsächlich, entgegen seinem Namen, ein *Landerziehungsheim für gesundheitlich, insbesondere durch Tuberkulose gefährdete Kinder,* und zwar — im Gegensatz zu den bekannten, pädagogisch berühmten Landerziehungsheimen — *für Kinder aus den unbemittelten Volkskreisen* der Invalidenversicherten. Das Heim sorgt für den gesamten Lebensbedarf der Kinder (Wohnung, Nahrung, Kleidung, Ausbildung) bis hin zur Ausrüstung, mit der die Kinder nach der Konfirmation in Dienst oder Lehre treten. Den Knaben vermittelt das Heim Lehrstellen im Handwerk — der eine oder andere geht auch zur See —, von den Mädchen bleibt regelmäßig ein größerer Teil nach der Konfirmation noch ein Jahr im Haus, um in der „Kochschule", die mit 13 Kochlehrlingen dem Heim angegliedert ist, unter der Leitung einer Haushaltungslehrerin den Haushalt zu erlernen.

Die Leitung des Heims liegt zusammen mit der des Genesungsheims in der Hand des Chefarztes





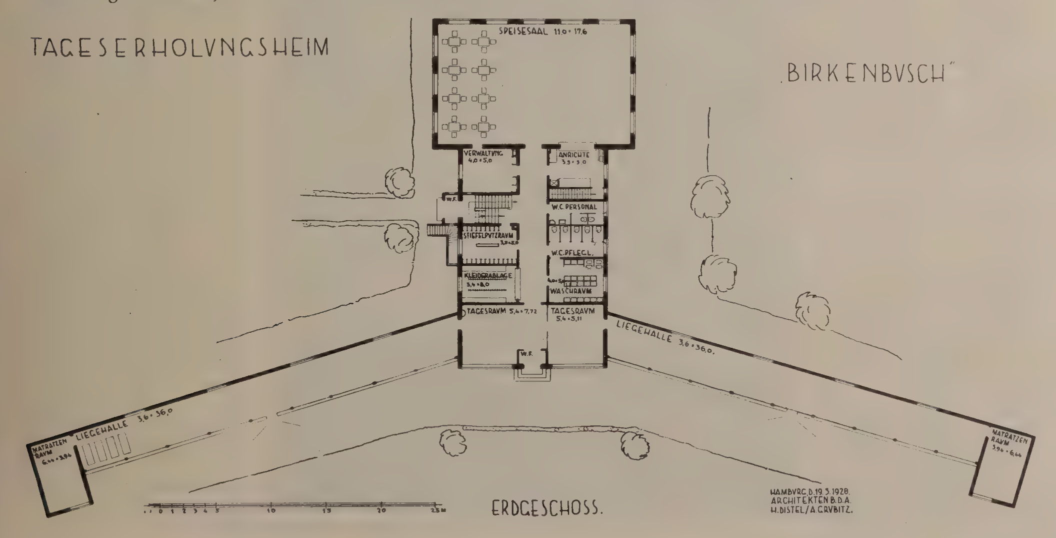
In den Kindergärten — *Erholungsheim Groß-Hansdorf, Bezirk Hamburg* — *In der Tischlerwerkstätte*



Dr. Pfeil; für die erziehlichen und wirtschaftlichen Aufgaben steht ihm die Oberin des Heims — seit 1917 Frau Oberin Altstaedt — zur Seite. Die Kosten des laufenden Betriebes betragen netto etwa Rm. 200 000.— jährlich (einschl. Rm. 36 000.— Zins und Abschreibung); der Verpflegungstag (einschl. Personal) stellt sich auf etwa Rm. 3.75, der Beköstigungstag auf etwa Rm. 1.50.

6. TAGESERHOLUNGSHEIM IN SIEK.

Der besonders in den Kreisen der Hamburger Krankenkassen seit vielen Jahren bestehende Wunsch, für Hamburg ein Tageserholungsheim zu schaffen, geht in diesem Jahre (1928) in Erfüllung. Die Landesversicherungsanstalt hat für den Erwerb eines geeigneten, 47 ha großen Grundstücks in der preußischen Landgemeinde Siek, unmittelbar an der Hamburger Grenze, 1 km von der Hochbahnhaltestelle und 2 km von den Hansdorfer Heimen der Anstalt belegen, und für den Bau des Heims Rm. 250000.— als zinsloses Darlehen zur Verfügung gestellt und sich für den Betrieb des Heims mit den Krankenkassen und der Hamburger Wohlfahrtsbehörde zu einer Arbeitsgemeinschaft in der Rechtsform einer G. m. b. H. zusammengetan, in der für den laufenden Betrieb die Geschäftsführung den Krankenkassen obliegen soll. Der Mittelbau des Heims enthält die Räume für Wirtschaft, Verwaltung, Arzt — auch Höhensonne und Diathermie einfacher Art sowie ein paar Krankenzimmer zu vorübergehender Benutzung sind vorgesehen —, ferner zwei Tagesräume nach Süden und einen geräumigen Speisesaal nach Norden. Die Liegehallen schließen als schräg gerichtete Flügel an den Mittelbau an; sie bieten Platz für zunächst 60 Liegestühle. Vorerst sollen nur Frauen Aufnahme finden.



HAMBURG-ALTONAER KUR- UND BADE-ANSTALTEN E.G.M.B.H.

VON DEM VORSTAND

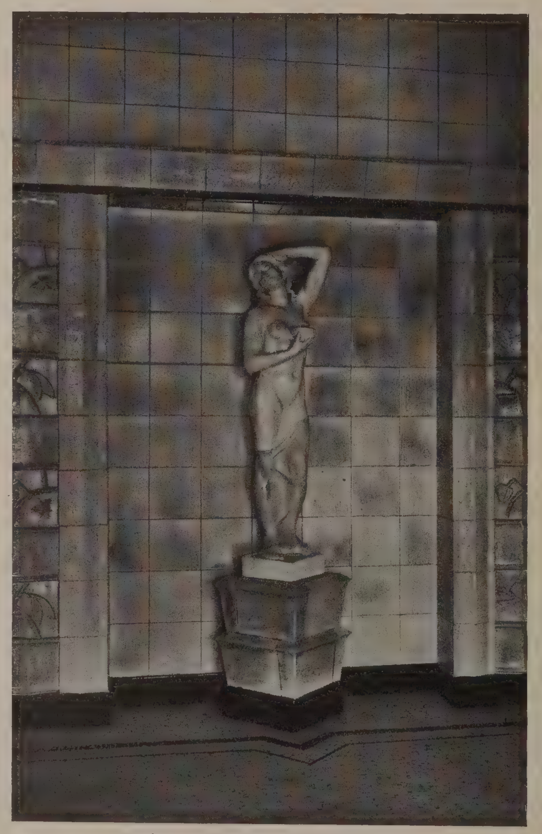
DIE Genossenschaft wurde im Jahre 1890 gegründet und richtete Anstalten ein, in denen Bäder und Behandlungen der physikalischen, therapeutischen und hydrotherapeutischen Heilweise sowie medizinische Bäder auf ärztliche Verordnung gegeben werden. Die Inanspruchnahme stieg ganz erheblich, und um derselben zu genügen, wurden im Laufe der Zeit vier Anstalten erbaut und eingerichtet. In den bisherigen drei Anstalten Hamburg-St. Pauli, Altonaer Straße 19, Hamburg-St. Georg, Böckmannstraße 40, Altona, Große Bergstraße 255, wurden im Jahre 1927 276 868 Bäder und Behandlungen gegeben. Die vierte Anstalt, Hamburg-Barmbeck, Lerchenfeld 14, ist neu erbaut und im Mai 1928 in Betrieb genommen. Dieselbe ist äußerlich und innerlich eine der schönsten und besteingerichteten, mit solider und gediegener Ausstattung versehene neuzeitliche Anstalt. Es befinden sich darin:

Abteilungen für russisch-römische Bäder sowie ein Sandbad,

Abteilungen, in denen medizinische Bäder (Kohlensäure-, Sauerstoff-, Fichtennadel-, Sol-, Schwefel-, Thermalbäder usw.) sowie elektrische Lichtbäder und Bestrahlungen, galvanische und faradische Wasserbäder, Hand- u. Vibrationsmassagen, Packungen aller Art sowie Einzeldampf- und Heißluftbäder gegeben werden.

Das zweite und dritte Obergeschoß ist der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg zur Verfügung gestellt. Dieselbe hat dort eingerichtet:

Abteilungen für einzelne und gemeinsame Inhalationen und pneumatische Kammern, Diathermie, Höhensonne und ein Röntgen-Institut sowie einen großen Zandersaal, einen Turnsaal, der zugleich als Lehrsaal dient und mit Kinoeinrichtung versehen ist, und einen Speisesaal.



Vorhalle: Plastik von Richard Kuöhl

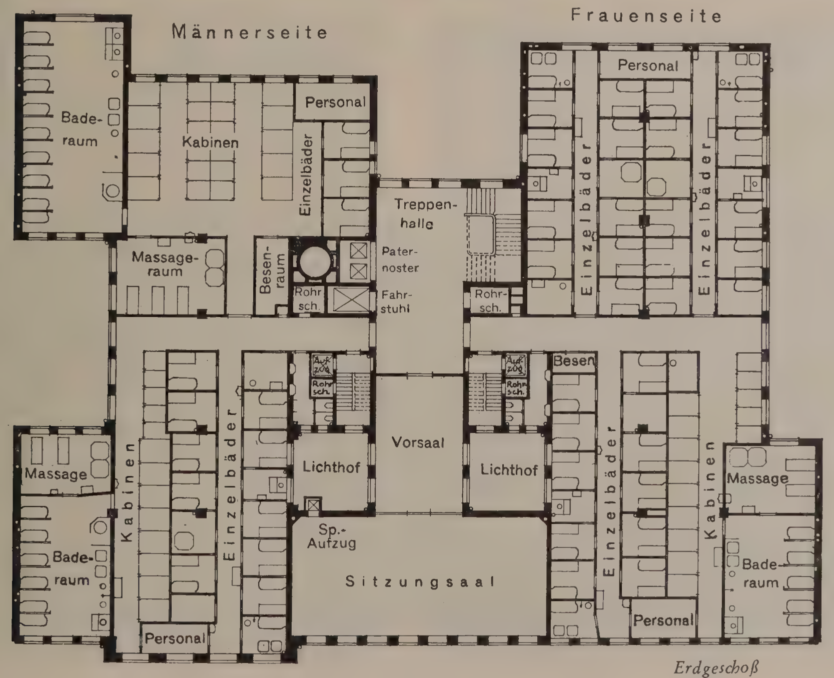
Für den inneren Betrieb sind vorhanden: eine Wäscherei mit Desinfektion, eine Hochspannungsanlage, ein Paternoster, ein großer Personenaufzug, zwei kleinere Personenaufzüge, ein Kursaal sowie ein Erfrischungsraum, in dem Brunnen, Mineralwasser und sonstige Getränke sowie Speisen zur Verabfolgung gelangen.

Die Genossenschaft der Hamburg-Altonaer Kur- und Badeanstalten e. G. m. b. H. ist als gemeinnütziges Institut auch nach den Bestimmungen ihrer Satzungen anerkannt. Sie hat zu ihrem Betriebe auch die Konzession der Gesundheitsbehörde als Heilanstalt.

Zur Zeit werden in den Anstalten 112 Personen beschäftigt, darunter eine Anzahl, die kurz nach der Gründung der Genossenschaft eingestellt wurden. Um denselben im Falle der Invalidität und des Alters einen ausreichenden Lebensunterhalt zu gewähren, wurde ein Pensionsfonds geschaffen, aus dem die Pensionäre eine Unterstützung erhalten. Diese Pension, zu der die Angestellten einen Beitrag nicht zu zahlen haben, wird aus Geschäftsmitteln bestritten.

Nach der Entwicklung hat sich die in den Anstalten angewendete Heilmethode zum Nutzen der Bevölkerung sehr ausgebreitet. Personen, die die Heilweise kennengelernt haben, besuchen auch nach ihrer Genesung die Anstalten weiter, um Körperpflege zu betreiben und sich dadurch länger gesund zu erhalten und um Wiedererkrankung vorzubeugen.

Anstalt Lerchenfeld



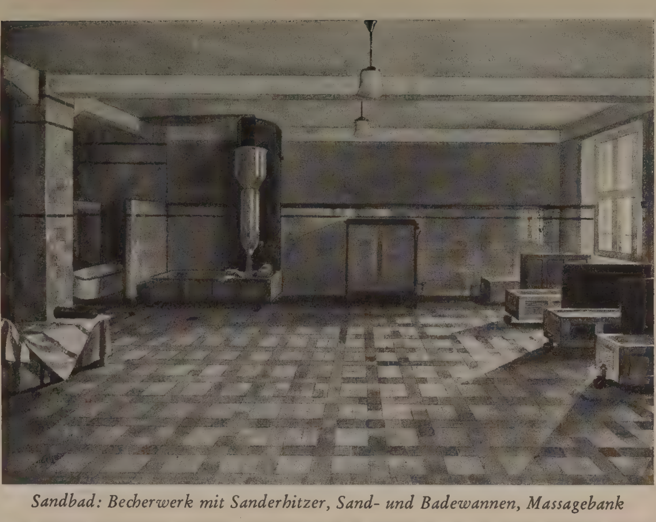
Erdgeschoß

1. Obergeschoß

Garage
Geräte
Hof
Kesselhaus
Dampfraum
Duschen
Warm-luft-raum
Heiß-luft-raum
Bassin
Massager.
Reinig.
Garde-robe
Friseur
Massageraum
Heißluft-raum
Warm-luft-raum
Duschen
Dampfr.
Bassin
Reinigung
Reinigung
Paternoster
Fahrstuhl
Hausw.
Kabinen
Ruhe-raum
Besen
Rohr-sch.
Rohr-sch.
Lichthof
Ruheraum
Männerseite
Frauenseite
Aufzg
Aufzg.
Rohrs.
Rohrs.
Treppenhalle
Garderobe
Dusche
Sandbad
Kabinen
Garderobe
Licht-hof
Licht-hof
Besen
Windfang
Vorraum
Sp.-Aufzug
Wartehalle
Haupt-
Eingang
Kasse
Ver-waltg.
Kabinen
Einfahrt
Er-frischungs-raum
Vorgarten
0 5 10 15 20



Baderaum: Dampfkasten, Sitzdampf, Dampfdusche, Sitzwannen, Sitzdusche, Manteldusche, Wannen



Sandbad: Becherwerk mit Sanderhitzer, Sand- und Badewannen, Massagebank



Russisch-römisches Bad: Bassinraum



Treppenhalle



Massageraum: Lichtkästen, Bestrahlungsapparat, Vibrations- und Handmassagen

ZENTRALAUSSCHUSS DER HAMBURGISCHEN KINDER- UND JUGENDHEIME

NACH EINZELBERICHTEN ZUSAMMENGESTELLT VON HENRY KRÖGER

DIE sozialen, baulichen und wirtschaftlichen Verhältnisse einer Großstadt bringen es mit sich, daß ein erheblicher Teil der heranwachsenden Jugend nicht den Grad von Gesundheit aufweist, der für das erfolgreiche Bestehen des Lebenskampfes erforderlich ist. Viele Kinder und Jugendliche bedürfen dringend einer Fürsorge, die sie für längere oder kürzere Zeit aus ihrer ungesunden Umwelt herausführt und ihnen Gelegenheit gibt, sich in einer geeigneteren Umgebung aufzuhalten und sich dort zu kräftigen. Da auch scheinbar gesunde Kinder sich viel kräftiger entwickeln, wenn man sie von Zeit zu Zeit hinausführt, sollten auch sie in eine solche allgemeine, vorbeugende Fürsorge einbezogen werden.

Die Form, in der diese Fürsorge getrieben wird, kann je nach der Erholungsbedürftigkeit der Kinder und je nach den besonderen Zwecken, die damit verbunden werden sollen, ganz verschieden sein. Handelt es sich nur um die Gesundung kranker oder die Kräftigung sehr schwacher Kinder, so wird in erster Linie ein Aufenthalt in einem ärztlich überwachten Erholungsheim in Frage kommen; unter Umständen genügt die Unterbringung in einer Kolonie in der Nähe der Stadt, die die Kinder nur tagsüber betreut und sie allabendlich zum Schlafen in ihre Wohnungen entläßt. Sollen neben gesundheitlichen auch pädagogische Ziele erreicht werden, so wird ein Aufenthalt in einem Schulheim oder eine mehrtägige Wanderung gute Dienste leisten.

Alle diese Möglichkeiten sind in Hamburg gegeben. Der „Zentralausschuß der hamburgischen Kinder- und Jugendheime", der nahezu alle auf den oben angedeuteten Gebieten arbeitenden Vereine umfaßt, zählt zur Zeit folgende fünf Arbeitsgemeinschaften:

1. Arbeitsgemeinschaft für Erholungs- und Genesungsheime,
2. Arbeitsgemeinschaft Hamburger Tageskolonien,
3. Arbeitsgemeinschaft Hamburger Schulheime,
4. Ausschuß für Jugendherbergen und Jugendwandern,
5. Ausschuß für Jugendheime in Stadt und Land.

Wenn die vorhandenen Einrichtungen auch noch lange nicht alle Kinder erfassen konnten, so brachten sie doch schon einem erheblichen Teil derselben spürbare gesundheitliche Förderung. Betrachten wir nun einmal die Träger dieser gesamten Arbeit, so zeigt sich sofort eine typisch hamburgische Erscheinung; daß nämlich soziale Einrichtungen meistens zunächst auf Grund privater Initiative entstehen und erst dann, wenn sie sich als notwendig und wirksam erwiesen haben, später durch staatliche Mittel Unterstützung erhalten. So liegt bis heute das Schwergewicht dieser gesamten Arbeit bei Privaten, meist Vereinen, die mit der Schule in Verbindung stehen.

1. DIE ERHOLUNGS- UND GENESUNGSHEIME.

Schon bald nach der Einrichtung des Hamburger Volksschulwesens gründete sich der Wohltätige Schulverein, mit dem Zwecke, die Hindernisse zu beseitigen, die einem regelrechten und erfolgreichen Besuch der Hamburger Schulen entgegenstehen. In seinen Satzungen stellt er sich die Aufgabe, für erholungsbedürftige und kranke Kinder durch Landaufenthalt und Badekuren zu sorgen. Schon im Jahre 1876 sandte der Wohltätige Schulverein die ersten Kinder aufs Land, die im ersten Jahr bei wohlwollenden Landleuten in der Gegend von Moorwärder und in späteren Jahren bei Landleuten in der Umgegend von Oldesloe und Segeberg untergebracht wurden. Zugleich wurde für skrofulöse Kinder durch Vorstandsmitglieder des Wohltätigen Schulvereins in Oldesloe ein Heim mit Solbadeanstalt gegründet. Die Unterbringung der Stadtkinder bei Landleuten in der damals üblichen Weise fand nicht den ungeteilten Beifall des Wohltätigen Schulvereins, und er ging daher bald dazu über, die



Kinder- und Erholungsheim Produktion, Haffkrug



Kinderheim Vogelkoje auf Sylt (Eigentum des Wohltätigen Schulvereins)

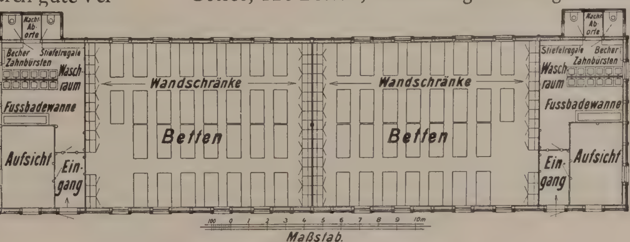
erholungsbedürftigen Kinder in geschlossenen Kolonien bei geeigneten Wirten auf dem Lande unterzubringen. Der Verein überwachte streng die Art der Unterbringung und Verpflegung und wurde darin unterstützt durch die von ihm angestellten Leiter und Pfleger. Für die Unterbringung von erholungsbedürftigen Kindern bei Landleuten zweigte sich eine besondere Abteilung des Wohltätigen Schulvereins ab, die zunächst mit diesem Verein zusammen und von 1902 ab als selbständiger Verein diese Art der Erholungsfürsorge weiter betrieb. Über diesen Verein, der jetzt den Namen „Vereinigung für Ferienaufenthalt" führt, wird unten noch weiter zu sprechen sein.

Die weitere Entwicklung des Wohltätigen Schulvereins führte dazu, daß er eigene Anstalten selbst in Betrieb nahm. Schon vor dem Kriege wurde bei Cuxhaven das Seeheim Wenerwald eingerichtet; aber als militärische Maßnahmen den Verein zwangen, dieses Heim aufzugeben, fand der Verein durch Ankauf früherer Hotels an der Ostsee und später durch Übernahme des Militärlagers Vogelkoje auf Sylt und des Kinderheims in Hausbruch reichlich Ersatz für den „Wenerwald".

Die Aufgabe für erholungsbedürftige Kinder durch Aufenthalt in gesunder Landluft und durch gute Verpflegung zu sorgen, fand starken Beifall in der Bevölkerung und regte zu weiteren privaten Gründungen und Einrichtungen an. So gründete sich der Verein für Ferienkolonien von 1904, der sich auch die Aufgabe stellte, erholungsbedürftige Kinder in eigenen Heimen unterzubringen, und zu dem Zweck an der Ostsee in Lensterhof und Niendorf zwei Besitzungen erwarb, die er für seine Zwecke nach und nach immer weiter ausbaute. Weitere Gründungen von Vereinen folgten. Neuerdings ist auch eine Einkaufsgenossenschaft, die Handelsgesellschaft „Produktion", als erste Firma dazu übergegangen, für die erholungsbedürftigen Kinder ihrer Mitglieder und Kunden aus eigenen Mitteln ein Heim in Haffkrug an der Ostsee zu schaffen. Die ganzen 110 Betten stehen den ausgewählten Kindern als Freiplätze zur Verfügung. Seit der Eröffnung im Mai 1919 konnten bereits über 9000 Kinder einen vierwöchentlichen Erholungsaufenthalt genießen. Hoffentlich folgen diesem guten Beispiel in Zukunft noch recht viele andere Firmen.

Um ihre gemeinsamen Interessen wirksam vertreten zu können, haben sich alle Heime, die in allererster Linie der Gesundung kranker und gefährdeter Kinder dienen wollen, zusammengeschlossen zu der „Arbeitsgemeinschaft der Erholungs- und Genesungsheime". Dieselbe umfaßt zur Zeit folgende Heime, die sich alle in privater Hand befinden:

1. *Ferienkommission des Wohltätigen Schulvereins*, gegründet 1876. Geschäftsstelle, Hamburg 1, Amsinckstraße 3. Seestern und Schloß am Meer in Grömitz an der Ostsee, 100 Betten; Kaiserhof und Haus am Meer in Kellenhusen an der Ostsee, 120 Betten; Warteburg in Heiligenhafen



Schlafsäle im Kinderheim Vogelkoje auf Sylt

an der Ostsee, 100 Betten; Vogelkoje auf Sylt, 160 Betten; Landhaus Freude bei Hausbruch, 30 Betten. Sämtliche Heime haben ganzjährigen Betrieb. Im Jahre 1927 wurden für 36 Freiplätze Rm. 2735.— ausgegeben.

2. *Verein für Ferienkolonien von 1904.* Geschäftsstelle, Hamburg 6, Moorkamp 3. Kinderheim Niendorf an der Ostsee, 220 Betten, Kinderheim Lensterhof bei Cismar in Holstein, 255 Betten. Beide Heime sind ganzjährig geöffnet. Im Jahre 1927 wurden für Ermäßigungen und Freiplätze Rm. 2320.75 ausgegeben.
3. *Wohltätiger Schulverein für Hamm,* gegr. 1883. Geschäftsstelle: Siemers, Stoeckhardtstr. 19, III. Kinderheim in Haffkrug an der Ostsee, 72 Betten. Im Winter geschlossen. Im Jahre 1927 wurden für Freiplätze und Ermäßigungen Rm. 1000.— ausgegeben.
4. *Verein Ostseeheim Helenenbad,* Geschäftsstelle: Hamburg, Hohensteinerstraße 1. Kinderheim Helenenbad bei Pelzerhaken an der Ostsee, 68 Betten. Im Winter geschlossen. Im Jahre 1927 wurden für Ermäßigungen Rm. 1480.— ausgegeben.
5. *Israelitischer humanitärer Frauenverein,* gegr. 1893. Geschäftsstelle Grindelberg 42. Erholungsheim in Segeberg in Holstein, 100 Betten. Für einzelne Kinder auch im Winter geöffnet. Für Freiplätze und Ermäßigungen sind 1927 im ganzen Rm. 6465.— ausgegeben.
6. *Verein für Arbeiterwohlfahrt,* gegründet 1919. Geschäftsstelle: Hamburg 36, Große Theaterstraße 44. Dr.-Roß-Kinderheim in Westerland-Sylt, 60 Betten; Erziehungs- und Kindererholungsheim Immenhof bei Hützel, 80 Betten. Beide Heime sind auch im Winter geöffnet.
7. *Verwaltungsausschuß für das Hamburger Jugendferienheim Puan-Klent auf Sylt,* gegründet 1919. Geschäftsstelle: Hamburg, Stadthausbrücke 24, II. Hamburger Jugendferienheim Puan-Klent auf Sylt, 288 Betten. Im Winter geschlossen.
8. *Hamburger Kinderheim „Köhlbrand" in Ording* bei St. Peter, Nordsee. Geschäftsstelle: Hamburg 4, St.-Pauli-Turnhalle. Das Kinderheim ist auch im Winter geöffnet, 160 Betten.
9. *Kinder-Erholungsheim Produktion,* gegründet 1917. Geschäftsstelle: Hamburg 35, Louisenweg 40. Kinderheim in Haffkrug an der Ostsee, 102 Betten. Sämtliche Plätze stehen den Mitgliedern als Freiplätze zur Verfügung.
10. *Druidenkinderheim,* gegründet 1925, Geschäftsstelle: Pastor Roth, Cuxhaven. Druidenkinderheim in Duhnen bei Cuxhaven, 73 Betten. Im Dezember und Januar geschlossen. Im Jahre 1927 erhielten 93 Kinder Ermäßigungen.

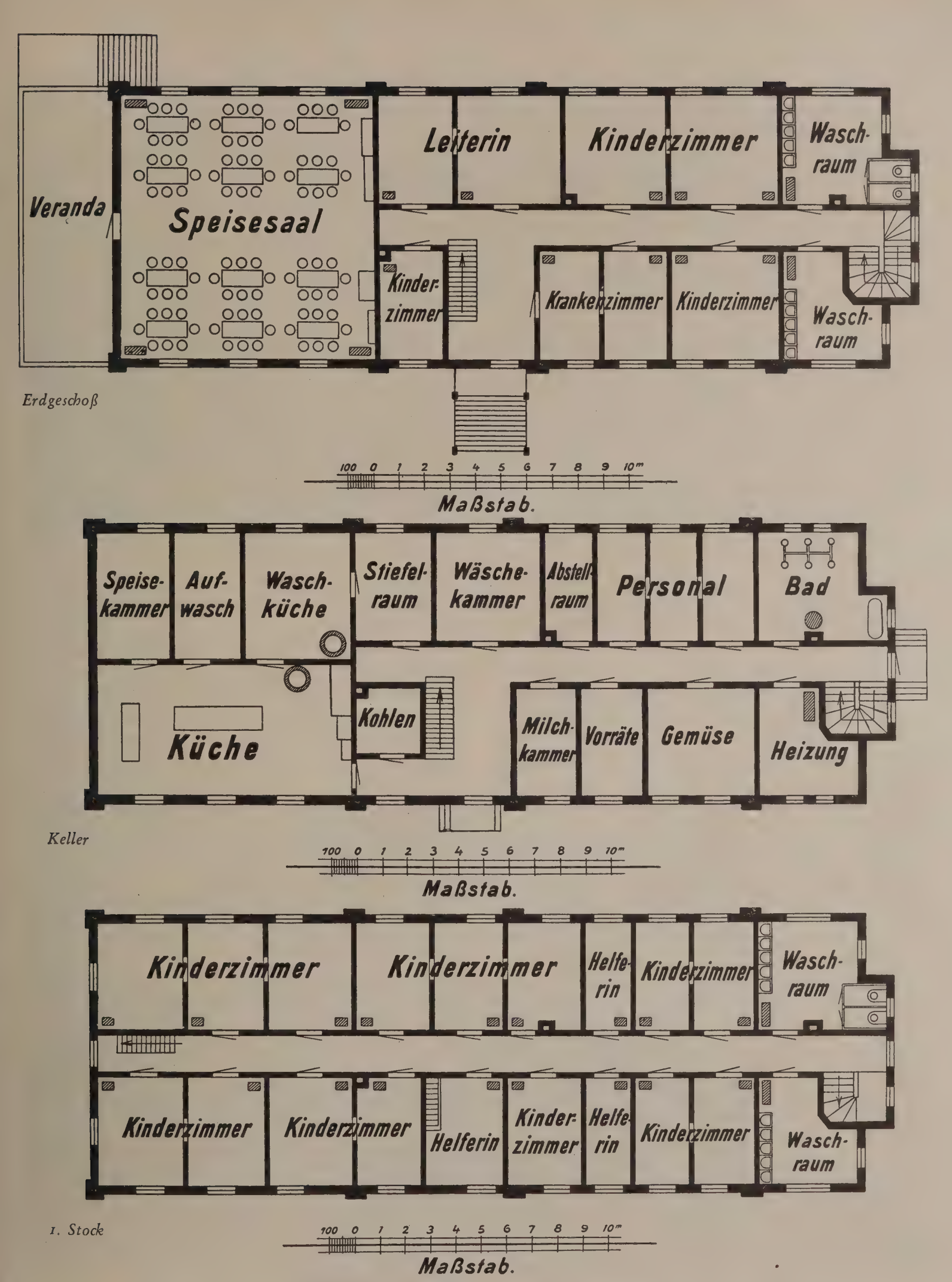
Den meisten der angeführten Heime stehen auch neuerdings Schulklassen als Schulheime zur Verfügung.

Schon oben wurde die *„Vereinigung für Ferienaufenthalt"* erwähnt, die die ursprüngliche Art der Gesundheitsfürsorge, die Unterbringung erholungsbedürftiger Kinder bei Landleuten, erfolgreich fortgesetzt hat. Sie hat es in planmäßiger Arbeit erreicht, daß 1916 bereits 2256 Kinder in den Sommerferien über ganz Nordwestdeutschland verteilt werden konnten.

Dann setzte im Jahre 1917 die Tätigkeit der „Reichszentrale Landaufenthalt für Stadtkinder



Kinderheim Kaiserhof in Kellenhusen (Eigentum des Wohltätigen Schulvereins)



Grundrisse des Kinderheims Kaiserhof in Kellenhusen

Berlin" ein. Mit einer über das ganze Deutschland gehenden großzügigen Propaganda appellierte sie an die Opferwilligkeit der Landbevölkerung. Der Großstadt nach den Entbehrungen des „Rübenwinters" zu helfen, war vaterländische Pflicht. Damals fanden im ganzen Reich über 500 000 Großstadtkinder auf dem Lande gastliche Aufnahme. Hamburg allein entsandte 12 166 Kinder aus Volks- und höheren Schulen für die Dauer von zwei Monaten in Einzelpflegestellen, ein Erfolg, der in den folgenden Jahren naturgemäß wieder zurückging.

Durch die Gründung der Reichszentrale erweiterte sich 1917 das Aufgabengebiet der Vereinigung beträchtlich. Sie wurde für das Hamburger Staatsgebiet die Landeszentrale und hatte als solche neben der bisherigen Tätigkeit alle Fragen der Auslandentsendung und die Vermittlung der Fahrpreisermäßigung für Einzelkinder und angeschlossene Organisationen zu bearbeiten. Wenn auch heute die Auslandentsendung nicht mehr den Umfang der Jahre 1919 bis 1920 hat, so gilt es doch auch jetzt noch, für alle Kinder, die wieder eingeladen sind, zu Verwandten oder in ein Heim reisen, die Fahrt ins Ausland zu vermitteln. Nach Holland, Dänemark, der Schweiz, Norwegen, Schweden, Österreich, Polen und der Tschechoslowakei gingen im letzten Jahre insgesamt 542 Kinder.

Auch innerhalb Deutschlands wurde die Versendung von Kindern aufs Land weiter ausgestaltet. Die zu Verwandten und Bekannten reisenden Kinder, früher nur in Einzelfällen den Transporten angeschlossen, wurden jetzt planmäßig erfaßt und in geschlossenen Transporten unter Führung von Lehrern und Lehrerinnen entsandt.

Durch die Abnahme der Pflegestellen im In- und Auslande wurde es nötig, für diejenigen erholungsbedürftigen Kinder, deren Eltern nicht die Hilfe der Wohlfahrtsbehörde in Anspruch nehmen wollten, aber auch nicht in der Lage waren, ihren Kindern einen teuren Kuraufenthalt zu gewähren, eine neue Unterbringungsmöglichkeit zu mäßigen Preisen zu beschaffen. Die Vereinigung belegt zu diesem Zwecke seit einigen Jahren in den verschiedensten Gegenden Deutschlands Heime, in denen Kinder ohne große Kosten 4 bis 6 Wochen Erholung finden können. Diese Einrichtung kam einem vorhandenen Bedürfnis entgegen, was sich an der ständig wachsenden Zahl der entsandten Kinder zeigt. 1927 konnten 931 Kinder untergebracht werden mit 24 244 Verpflegungstagen. 1927 gewährte der Verein 179 Kindern Ermäßigung und 34 Kindern Freiplätze.

2. *DIE TAGESKOLONIEN.*

Wollen die bisher genannten Betriebe in erster Linie solchen erholungsbedürftigen Kindern dienen, die nur in mehrwöchigen Kurperioden genügend gestärkt werden können, so erstreben die Tageskolonien eine Kräftigung aller Schulkinder, die wegen ihrer Wohn- und Lebensverhältnisse gesundheitlich gefährdet erscheinen. Sie wollen dieses Ziel erreichen ohne Störung des Schulbetriebes und ohne Entfernung des Kindes aus dem elterlichen Hause.

Auf Anregung aus Lehrerkreisen schlossen sich zuerst um 1900 eine Reihe hamburgischer Männer und Frauen zusammen, um in der Nähe der Stadt einen Ort zu finden, an dem eine recht große Anzahl von Schulkindern bei guter Verpflegung für billiges Geld einen Teil ihrer Sommerferien verbringen konnte. Die Elbinsel Waltershof schien für diesen Zweck geeignet und so wurden 1901 versuchsweise 600 Kinder



Wirtschaftsgebäude der Tageskolonie Köhlbrand



Kleinkinderabteilung der Tageskolonie Köhlbrand

morgens hinaus und abends wieder ins Elternhaus zurückgebracht. Private Wohltätigkeit brachte die großen Summen auf, die durch die absichtlich gering gehaltenen Kinderbeiträge nicht gedeckt werden konnten. Aus dem ersten Holzschuppen als Unterkunftsraum wurden nach und nach zwei große Eßhallen mit Küche und Geräteraum. Den neuen Hafenanlagen weichend, wurde im Jahre 1911 als neuer Platz für die Stadtkolonie die hamburgische Halbinsel Moorwärder in der Oberelbe gewählt. Wenn die Dampferfahrt nun auch 40 Minuten ausmachte, so ist der Platz um so schöner — etwa 10 ha Wiese mit großen Baumgruppen, 800 m Sandstrand. Die neuen Hallen wurden gleich massiv errichtet und mit Sitzgelegenheit für gleichzeitig etwa 2000 Kinder versehen. In steter Entwicklung ist die Zahl der erholungsuchenden Kinder jetzt gestiegen auf insgesamt 5000 bis 6000 in den Sommerferien (drei Perioden zu je zwei Wochen; jede Periode etwa 2000 Kinder).

Die Aufsicht wird geführt von Hamburger Lehrern und Lehrerinnen, die ihre Ferien dieser großen Arbeit widmen. Schon morgens nehmen sie die Kinder in Empfang an den verschiedenen Straßenbahn- und Hochbahnhaltestellen, von denen aus in Sondertransporten der gemeinschaftliche Marsch zum Dampfer beginnt. Später in der Kolonie ist jedem Lehrer eine Gruppe von etwa 60 Kindern anvertraut, für deren Ordnung bei den Mahlzeiten, beim Aufrufen morgens und abends usw. er zu sorgen hat. Außerhalb der Mahlzeiten hat jedes Kind volle Bewegungsfreiheit. An dem 800 m langen Sandstrand ist eine Badeanstalt erbaut, in der unter Aufsicht staatlicher Schwimmlehrer und seines Gruppenführers jedes Kind einmal am Tag Gelegenheit hat, etwa ½ Stunde zu baden. Die Wiesen bieten Gelegenheit zum Indianerspielen, Zeltebauen, Kreisspielen, Volkstänzen und rhythmischen Tänzen, die geleitet werden von besonders vorgebildeten Lehrern und Lehrerinnen. Desgleichen haben diese gegründet: eine Theatergruppe, einen Schülerchor, ein Puppentheater und ähnliches. Von ihnen wird auch der Betrieb geleitet auf dem neu hergerichteten Sportplatz von 80 zu 50 m, der durch die Beschaffenheit des Bodenbelages und durch Sprengung jetzt auch an den heißesten Tagen staubfrei gehalten wird.

Mit Hilfe des Staates sind alle Bauten einschließlich der Abortanlagen in den letzten Jahren so umgeändert, daß sie den modernsten sanitären Anforderungen entsprechen, nachdem als erstes für fließendes Wasser und elektrische Beleuchtung gesorgt wurde. Desgleichen wurde die Küche mit den modernsten Wasserbadkesseln versehen und kann die täglichen zwei warmen Mahlzeiten (mittags und abends) und den Morgenkakao für die große Kinderzahl ohne Schwierigkeiten zubereiten. Besonders bei dem Mittagessen wird Gewicht darauf gelegt, daß dieses außer den durch die Oberschulbehörde bestimmten Mengen an Fett, Fleisch usw. vor allem stets frisches Gemüse enthält.

Durch Schaffung geeigneter Räume können täglich etwa 120 der gesundheitlich bedürftigsten Kinder, denen vor allem die Hochbahnfahrten zu anstrengend sein könnten, in der Stadtkolonie Moorwärder übernachten. Zum Schluß mögen noch einige Zahlen den Umfang der in Moorwärder geleisteten Fürsorge illustrieren: während 1901 2400 Verpflegungstage gezählt wurden, waren es im Jahre 1927 bereits 74 000.

Außer der Stadtkolonie Moorwärder besitzt Hamburg noch eine zweite Tageskolonie, die dem Verein „Arbeiterwohlfahrt“ gehört. Diese „Tages-

kolonie Köhlbrand" ist eine ausgesprochene Strandkolonie, belegen auf der schmalen Landzunge Maakendamm. Den Namen hat die Kolonie erhalten von dem Hamburg und Harburg verbindenden Wasserweg „Köhlbrand", der das Roßhöft und den Maakendamm trennt. Der Spielplatz erstreckt sich etwa 900 m lang am Ufer des Köhlbrand und hat eine Breite von 60 m bei mittlerer Fluthöhe. Etwa 500 m Strandlänge sind für den geschlossenen Koloniebetrieb reserviert, der Rest für den sogenannten öffentlichen Kinderbetrieb freigelassen. Ein umfangreiches Betriebsgebäude enthält eine große, moderne Küche, große Lager- und Geschirräume, Unterrichtsräume und das Bureau. In fünf großen, modernen Kesseln kann jeweilig für 3000 Kinder gekocht werden. Ein anliegendes Wohnhäuschen gibt dem Verwalter der Kolonie für das ganze Jahr hindurch Wohnung. Eine Halle mit 1800 und eine kleinere Halle mit 1200 Sitzplätzen bietet 3000 Kindern Platz bei der Einnahme der Mahlzeiten und Schutz bei schlechtem Wetter. Die Hallen sind mit Garderobenräumen versehen. Ebenso sind für die Lehrerschaft und das aufsichtführende Personal Garderoben und Brausekabinen vorhanden.

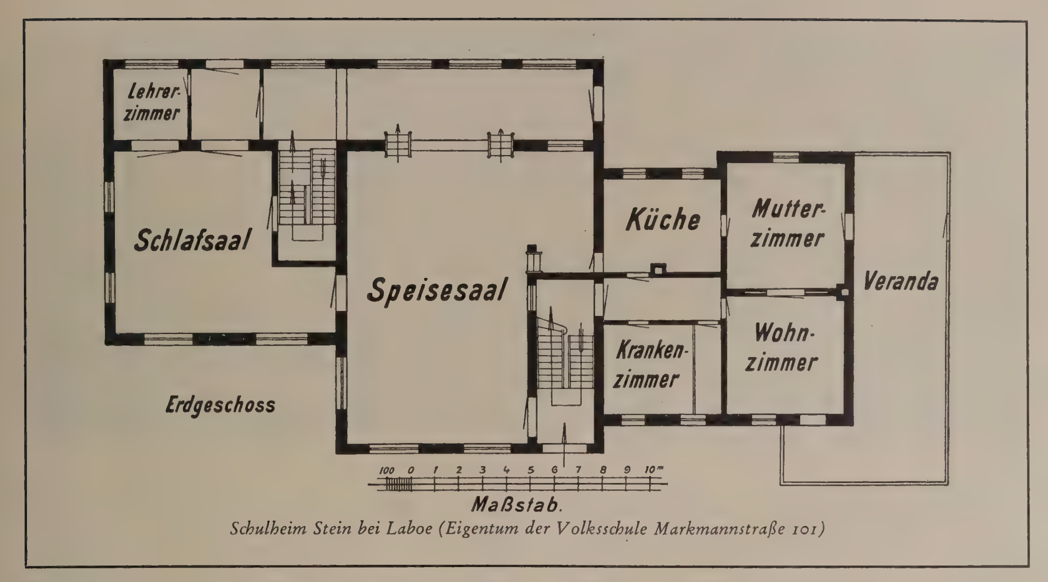
Der Besuch der „Tageskolonie Köhlbrand" steht allen Kindern offen. Besonderer Wert wird auf eine gute Verpflegung gelegt. Die Kinder, die aus den einzelnen Stadtteilen mit der Hochbahn an die Landungsbrücken herangebracht werden und mit Dampfern in einer zehn Minuten währenden Fahrt zur Kolonie befördert werden, erhalten morgens bei der Ankunft gegen 8½ Uhr ein gutes Kakaofrühstück mit zwei Brötchen, mittags ein kräftiges und schmackhaftes Mittagessen, nachmittags einen halben Liter Milch und Kuchenbrot. Gegen 4½ Uhr wird die Rückfahrt angetreten, so daß die Kinder ihren Sammelplatz durchschnittlich um 18 (6) Uhr wieder erreichen. Trotz des Riesenbetriebes (4200 Höchstbesuchszahl am 5. Juli 1927) ist es durch die geschaffene Organisation möglich, jedes Kind einem Gruppenverband zuzuteilen, dessen Gruppenführer mit seiner Gruppe in engster Verbindung steht. Jedes einzelne Kind weiß, welcher Gruppe es angehört, welchem Gruppenleiter es unterstellt ist, und vom Augenblick des Treffens des Morgens am Sammelplatz bis zum Auseinandergehen am Abend an derselben Stelle bleibt diese Gruppenfamilie als geschlossenes Ganzes bestehen. Dabei ist dem freien Spiel und den Neigungen der einzelnen Kinder während des Aufenthaltes in der Kolonie der weiteste Spielraum gegeben. Die Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder geschieht während der Ferien durch Helfer, die sich aus den Kreisen der Kinderfreunde, Angehörigen der Jugendbünde, Kindergärtnerinnen und Pflegerinnen zusammensetzen. Alles bewährte Kräfte, die das ganze Jahr hindurch sich teils ehrenamtlich, teils beruflich in der Kinderarbeit betätigen. Allen diesen Kräften wird durch die zu leistende Mitarbeit Arbeitsmöglichkeit gegeben; daneben wird aber durch die Art der Tätigkeit eine gewisse Jugendfürsorge geleistet, die für die in der Entwicklung stehenden Menschen von großem gesundheitlichen Wert ist.


Wirtschaftsgebäude der Tageskolonie Moorwärder


Strandleben in der Tageskolonie Moorwärder

Außerhalb der großen Ferien wird die Kolonie gern von den Schulen, die kein eigenes Schulheim besitzen, unter Leitung der Lehrer klassenweise auf 8 oder 14 Tage besucht. Die vorhandenen Unterrichtsräume bieten Gewähr, daß im Lehrplan keine Lücke entsteht.

Die Erholungsfürsorge für Kleinkinder steckt noch in den „Kinderschuhen". Aus dieser Tatsache heraus und weil organisierte Erholungsmöglichkeiten kaum bestehen, ist die Kolonie dazu übergegangen, eine Kleinkinderabteilung in der Kolonie zu schaffen. Etwa 280 Kleinkinder besuchen täglich während der ganzen Dauer, von Anfang Juni bis Ende August, die Kolonie. Eine besonders eingerichtete Klein-



Schulheim Stein bei Laboe (Eigentum der Volksschule Markmannstraße 101)

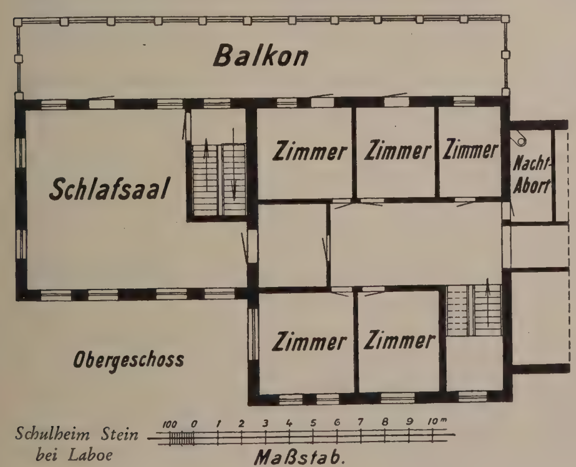
kinderhalle mit Waschräumen, Aufenthaltsraum für die leitende Schwester und die Helferinnen kommt den Forderungen für Kleinkinderfürsorge besonders entgegen.

Die von den Kindern zu zahlenden Kostgelder betragen einschließlich Dampfer und Bahnfahrt Rm. 3.50 die Woche. Die tatsächlich entstehenden Kosten sind etwa Rm. 6.75. Die Differenz wird durch Zuschuß des Hamburgischen Staates gedeckt.

Im Jahre 1927 wurde die Kolonie von etwa 25 000 Kindern mit 140 000 Verpflegungstagen besucht. Der Etat der Kolonie beläuft sich auf Rm. 150 346.67. Von den wichtigsten Lebensmitteln wurden verbraucht im Jahre 1927:

2900 Pfund Kakao, 332 204 Stück Milchbrötchen, 17 808 Rosinenbrote, 78 460 Liter Vollmich, 6194 Dosen kondensierte Milch, 9633 Pfund Zucker, 20180 Pfund Fleisch, 625 Eier, 13 538 Pfund frisches Gemüse, 9232 Pfund Obst, 12 332 Pfund Kartoffeln, 11 186 Pfund Hülsenfrüchte, 5100 Pfund Reis, 7901 Pfund Mühlenfabrikate, 335 Pfund Fett, 2653 Pfund Saft.

Zum Schluß sei erwähnt, daß neuerdings eine Reihe von Schrebergärtnervereinen dazu übergegangen ist, für die Kinder ihrer Mitglieder auf den von ihnen bearbeiteten Geländen Spielplätze herzurichten, auf denen dieselben sich nach der Schulzeit und in den Ferien unter Aufsicht in frischer Luft tummeln können.



Schulheim Stein bei Laboe



3. DIE SCHULHEIME.

Die Schullandheime unterscheiden sich von andern Kinderheimen dadurch, daß sie unmittelbar aus der Arbeit der Schule hervorgegangen und mit ihr dauernd verbunden sind. Nicht einzelne, vielleicht gesundheitlich oder erziehlich gefährdete Kinder werden hinausgeschickt, sondern ganze Schulklassen fahren geschlossen unter Führung ihrer Lehrer auf zwei, drei, vier Wochen in die Heime. Die Gesundheitsförderung wird dabei mit wichtigen pädagogischen Zielen verbunden. Neben der allgemeinen körperlichen Erholung und geistigen Entspannung, die

auch der scheinbar gesunden Großstadtjugend regelmäßig not tut, wird durch Erweiterung der in der Schule bestehenden Arbeitsgemeinschaft zu einer Lebensgemeinschaft im Landheim eine neue Grundlage der Erziehung gewonnen. Der Unterricht wird in fruchtbare Beziehung gesetzt zu Natur und Volkstum. Die Ziele des Schullandheims sind also dreifache: gesundheitliche, erziehliche, unterrichtliche. Die Klassenreisen ins Heim erfolgen mit Billigung und Förderung der Oberschulbehörde während der Unterrichtszeiten; sie bedeuten keine Ferien, sondern sind ein Teil der planmäßigen Schularbeit. — Die gesundheitliche Not unserer Kinder in der Nachkriegszeit zwang die Schule zur Mitarbeit in der Jugendwohlfahrtsfürsorge, da körperliche Leistungsfähigkeit Voraussetzung für geistige Schulungsmöglichkeit ist. Es genügt nicht, die schwächlichen und kränklichen Kinder allein aufs Land zu schicken, sondern auch die noch verhältnismäßig gesunden müssen mit, um nicht jenen gleich zu werden. Es ist ebenso wichtig, die Gesundheit zu erhalten, wie körperliche Zusammenbrüche nachträglich wieder gutzumachen. Dadurch, daß sie Jahr für Jahr immer wieder, möglichst auch zu verschiedenen Jahreszeiten, alle Kinder einer Klasse hinausschicken, treiben die Schulheime eine nachweislich äußerst erfolgreiche vorbeugende Gesundheitspflege. Vor allem auch bleibt es den gefährdeten Kindern erspart, aus der Schule herausgerissen zu werden und nach den sonst üblichen Erholungskuren durch gesteigerte Arbeit das inzwischen in der Schule Versäumte wieder nachholen zu müssen und so oft die gewonnene Kräftigung zum Teil wieder daranzugeben. Wer wirklich krank ist, wird natürlich beurlaubt und vom Schularzt in das für den besonderen Fall geeignete Erholungs- oder Genesungsheim geschickt. Das Schullandheim will diese Heime nicht ersetzen, sondern ergänzen. Von Staats wegen wird ja leider für kranke Kinder sehr viel mehr getan als für gesunde. Die Kosten für den Heimaufenthalt können auch im Schulheim die Eltern nicht immer voll tragen, da sie in der Einheitsschule heutiger Form sehr verschiedenartigen Ständen angehören. So muß die Schule auch praktische Wohlfahrtspflege treiben, die Sorge um die bedürftigen Mitschüler verlangt einen sozialen Geist und gewisse Opferwilligkeit der Gesamtelternschaft, um die notwendigen Geldmittel zu beschaffen. An der Fahrt ins Schulheim müssen alle Kinder der betr. Klasse teilnehmen, um auch den pädagogischen Erfolg zu sichern. — Der Klassenlehrer selbst begleitet die Kinder möglichst alle Jahre wieder. Immer neue Einblicke bekommt er darin, wie sehr ihre Wesensart und ihre Leistungen in der Schule zum großen Teil körperlich bedingt werden, und er lernt sie richtiger beurteilen und individueller behandeln. Viel leichter als in der Schule erkennt er besondere Begabungen und Charaktereigenschaften, kann Einfluß darauf gewinnen und sie für das Leben in der Klasse nutzbar machen.



Schulheim Hoisdorf (Eigentum der Oberrealschule vor dem Holstenthor)

So gehen vom Schulheim Wirkungen des erziehenden Unterrichts aus, die zusammen mit der gesundheitlichen Förderung und körperlichen Ertüchtigung der Kinder zu wesentlichen Faktoren der Schularbeit werden. So hat denn die Schullandheimbewegung rasche Fortschritte gemacht, in fast allen deutschen Großstädten wurde sie in die Tat umgesetzt. Von den etwa 200 deutschen Schullandheimen besitzt aber Hamburg allein 34, in die sich Schulen aller Gattungen teilen, Volks- und höhere Schulen, Knaben-, Mädchen-, Fortbildungs- und Gewerbeschulen. Überall sind die Heime in gemeinsamer Arbeit von Lehrer- und Elternschaft entstanden, und gemeinsame Verantwortlichkeit für Organisation, Verwaltung und Bewirtschaftung schlingt natürlich ein festes Band um Schule und Haus. In der Ausführung bieten die Schulheime als Schöpfungen verschiedener Ideenkreise ein recht verschiedenes individuelles Gepräge. Zumeist wurden kleine Landhäuser erworben, ein ehemaliges Pensionat oder gar ein Hotel, gelegentlich gelang die Beschaffung eines richtigen, in der Heimat bodenständigen Bauernhauses, seltener führte man Neubauten auf, wohl aber erstellten die Eltern aus eigenen Kräften ehemalige ganz solide und wohnliche Militärbaracken. In andern Fällen mußte man sich mit Pach-



Jugendherberge Geesthacht (Eigentum der Hamburger Ortsgruppe für Deutsche Jugendherbergen)

tungen begnügen, manchmal in Anbauten an Gastwirtschaften, um zugleich die Verpflegung zu erleichtern. Für Schulen ohne eigene Heime stehen endlich sogenannte Sammelheime zur Verfügung, wie deren fünf von der Pädagogischen Vereinigung von 1905 (in Grande, Glinde, Hoisdorf, Schobüll und Klingberg) betrieben werden. Auch die Stadtkolonien, Ferienkolonien, Jugendheime usw. nehmen geschlossene Schulgruppen auf. So haben denn im Jahre 1926 rund 90 Schulen insgesamt über 9000 Kinder im Klassenverband in Schulheime geschickt (170 000 Verpflegungstage). Bald wird keine Schule an dem Problem mehr vorbeigehen können.

Die gesamte Schulheimarbeit in Hamburg wird durch die „Arbeitsgemeinschaft Hamburger Schulheime“ zusammengefaßt und gegenüber der Öffentlichkeit und den Behörden vertreten (Ortsgruppe des Reichsbundes der deutschen Schullandheime). Folgende Schulen sind im Besitz eigener Heime: VS Ahrensburger Straße (Pommoissel, Göhrde), VS Ausschlägerweg 11/13 (Lütjensee, Stormarn), VS Barmbecker Straße 30 (Insel Neuwerk), VS Binderstraße 34 (Schneverdingen, Lüneburger Heide), VS Burgstraße (Stakendorfer Strand, Ostsee), VS Forsmannstraße 32/34 (Holtorf, Kreis Harburg), VS Hinrichsenstraße 17 (Hausbruch), VS Koppel 96 (Niendorf), VS Lutterothstraße 80 (Wedel), VS Marckmannstraße 101 (Stein bei Kiel), VS Rhiemsweg 1 (Grönwohld, Stormarn), VS Telemannstraße 10 (Neugraben), VS Wallstraße 22 (Groß-Hansdorf), VS Wielandstraße 7 (Kellenhusen, Ostsee), VSS Holstenwall 14, Lutterothstr. 36, Nagelsweg 73, Poolstraße 10, Schleidenstraße 9/11, Schillerstraße 31 (sämtlich im Jugendpark Langenhorn), ORS Bogenstraße (Wenningstedt, Sylt), ORS Eimsbüttel (Sielbeck, Kellersee), ORS Holstenthor (Hoisdorf, Stormarn), Schule des Paulsenstifts (Timmendorfer Strand, Ostsee).

Auch für die Erholung der berufsschulpflichtigen Jugend sorgen in Hamburg Behörden und Vereine: So hat die *Berufsschulbehörde* in den Jahren 1926 bis 1927 im Jugendpark Langenhorn je ein Jugendheim für weibliche und männliche Fortbildungsschulpflichtige errichtet. Neben Tages- und Waschräumen enthalten sie Übernachtungsgelegenheiten für 40 Mädchen und 70 Jungen. Für Beköstigung der Jugendlichen ist gesorgt. Spielgeräte, ausgedehnte, neu hergerichtete Rasenflächen für Spiel und Sport, ein Planschbecken, eine Freilichtbühne, eine 400 m lange Laufbahn usw. stehen den Jugendlichen zur Verfügung. Der Zuspruch ist überaus rege, so daß die Einrichtungen zeitweise nicht ausreichen.

An den staatlichen Fachgewerbeschulen haben sich drei Ferienvereine gebildet. Diese sind im Besitz von Ferienheimen. Für männliche Jugendliche bestehen Heime in *Ihlkamp bei Segeberg* und in *Gayen bei Bramstedt.* Für diese beiden Heime sind Räume angemietet. Für die weiblichen Handwerkslehrlinge ist ein eigenes Heim in *Schwiederstorf bei Daerstorf* erworben worden. Die Mittel hierfür wurden aufgebracht durch Zuwendungen bzw. Darlehen der Versicherungsanstalt, der Detaillistenkammer, der Gewerbekammer und von Privaten.

Ferner besitzen je ein eigenes Heim die Allgemeinen Gewerbeschulen für das weibliche Geschlecht in *Kakenstorf bei Sprötze* und die Staatlichen Schulen für Frauenberufe in *Büllhorn bei Winsen.* Die Kapitalbeschaffung für diese beiden Heime wurde in gleicher Weise geregelt wie für das obengenannte Heim in Schwiederstorf, nur daß für das Heim in Kakenstorf außerdem der Hamburgische Staat ein größeres zinsloses Darlehen hergegeben hat.

4. *JUGENDWANDERN UND JUGENDHERBERGEN.*

Wie ein Aufenthalt in einem Schulheim bietet auch eine richtig geleitete mehrtägige Schülerwanderung eine vorzügliche Gelegenheit zu körperlicher Ertüchtigung und daneben zur Willensbildung und zur Schärfung der Geisteskräfte. Daher steht das Jugendwandern an den Hamburger Schulen in hoher Blüte.

Die Oberschulbehörde gestattet jeder Schulklasse monatlich einen Wandertag und gibt darüber hinaus auf Antrag die Erlaubnis für mehrtägige Reisen im Klassenverband während der Schulzeit. Im allgemeinen wird von dieser Großzügigkeit der Behörde gern und mit recht gutem Erfolge Gebrauch gemacht.

Eine Ergänzung findet dieses Schulwandern durch die Tätigkeit des „Vereins für Ferienwohlfahrtsbestrebungen", der den Schülern Gelegenheit gibt, während aller Schulferien unter der Leitung von Lehrern und Lehrerinnen eintägige und mehrtägige billige Wanderfahrten zu machen, und die „Pädagogische Vereinigung", die außer den schon oben erwähnten Schulheimaufenthalten auch mehrtägige Schülerwanderungen organisiert. Die Beteiligung an diesen Schülerwanderungen ist so groß, daß es oft schwer fällt, die nötigen Führer zu beschaffen. So wanderten, durch die beiden erwähnten Vereine geführt, im Jahre 1927 im ganzen über 21 000 Schulkinder mit 650 Führern.

Darüber hinaus sind weit über 100 000 Kinder und Jugendliche des nachschulpflichtigen Alters organisiert, sei es in politisch, sportlich oder beruflich eingestellten Verbänden. In allen diesen Organisationen wird das Wandern als eines der besten Erziehungsmittel für das heranwachsende Geschlecht gepflegt. Naturgemäß läßt sich die Beteiligung nicht zahlenmäßig fassen; wer aber einmal den Wochenendbetrieb auf dem Hamburger Hauptbahnhof gesehen hat, kann sich unschwer eine Vorstellung davon machen.

Eine wesentliche Förderung erfährt das mehrtägige Wandern durch die Bestrebungen des Deutschen Jugendherbergsverbandes. Die Hamburger Ortsgruppe dieses Verbandes ist mit 2800 Mitgliedern die stärkste Deutschlands. Sie betreut in der näheren Umgebung Hamburgs nahezu ein Dutzend Jugendherbergen und stellt in der Stadt Hamburg selbst für auswärtige Jugendwanderer in drei Herbergen über 300 Betten zur Verfügung, die im Sommer nicht ausreichen, um den Andrang zu bewältigen. Allein 1927 wurden in Hamburg 34 000 wandernde Schulkinder und Jugendliche untergebracht; dabei muß berücksichtigt werden, daß außerdem schon ein erheblicher Teil nach Altona und Wandsbek hatte verwiesen werden müssen. Um zur Beseitigung der aus dieser Überfüllung notwendig entstehenden Mißstände zu kommen, ist unbedingt die Schaffung einer Großjugendherberge in Hamburg nötig, wie sie München, Köln und andere Großstädte bereits haben oder planen.

Für den Ausbau der oben erwähnten, von der Hamburger Ortsgruppe betreuten Jugendherbergen hat der Hamburger Staat bisher zur Verfügung gestellt:

1925	7 500 Rm.
1926	70 000 Rm.
1927	50 000 Rm.

Von diesen Geldern wurden außer den erwähnten hamburgischen und um Hamburg herum gelegenen Jugendherbergen auch die in Plön, Gleschendorf, Eutin, Undeloh, Göhrde unterstützt, da sie ja auch in erster Linie von Hamburger Wanderern benutzt werden.

5. *DER „AUSSCHUSS FÜR FERIENWOHLFAHRTSPFLEGE" BEI DER OBERSCHULBEHÖRDE.*

Die Not der Kriegs- und Nachkriegszeit veranlaßte eine ganze Reihe von Erholungsheimen, für die Instandsetzung ihrer Heime staatliche Unterstützung zu erbitten. Zugleich stellten Schulen und Vereine Anträge auf Bewilligung von staatlichen Beihilfen für Ausbau und Einrichtung der von ihnen ins Leben gerufenen Schulheime. Die staatliche Hilfe wurde ihnen gewährt, zugleich aber wurde die Oberschulbehörde beauftragt, die ordnungsgemäße Verwendung der Gelder und den Betrieb dieser Anstalten nach der wirtschaftlichen und pädagogischen Seite hin zu überwachen. Die Oberschulbehörde bildete daher im Jahre 1919 den *„Ausschuß für Ferienwohlfahrtspflege"*, der sich zusammensetzt aus Vertretern der Oberschulbehörde, der Gesundheitsbehörde, der Wohlfahrtsbehörde, der Finanzdeputation und der verschiedenartigen Anstalten. Dieser Ausschuß beschließt über die Verteilung der für sachliche Ausgaben zur Verfügung gestellten Gelder und war in der Lage, im Jahre 1925 169 000 Rm., 1926 75 000 Rm. und 1927 100 000 Rm. als Beihilfen an die verschiedenen Anstalten zu verteilen. Außerdem wurden für das Ferienlager Puan Klent im Jahre 1925 als Sonderbeihilfe 137 000 Rm. und für die Ferienkolonie Vogelkoje als Sonderbeihilfe im Jahre 1925 40 000 Rm., im Jahre 1926 20 000 Rm. befürwortet und von Senat und Bürgerschaft bewilligt.

Der Ausschuß für Ferienwohlfahrtspflege sucht sich durch Besuche in den verschiedenen Heimen und durch Prüfung der Abrechnungen ein Bild von Betrieb und Einrichtung zu machen. Durch die Herausgabe von „Richtlinien über Einrichtung und den

Erholungsfürsorge für Schulkinder der staatlichen Schulen in Hamburg

Art der Unterbringung	Jahr	% der Gesamtschülerzahl	Anzahl der entsandten Kinder	Anzahl der Verpflegungstage
Erholungsheime	1925	7,0 %	6 865	240 884
	1926	6,7 %	6 532	216 734
	1927	6,2 %	6 082	208 096
Schulheime	1925	7,8 %	7 565	134 974
	1926	9,4 %	9 072	154 189
	1927	8,1 %	7 971	127 498
Landaufenthalt bei Familien	1925	6,5 %	6 360	?
	1926	5,2 %	5 045	?
	1927	4,8 %	4 730	?
Heilstätten	1925	1,6 %	1 536	110 592
	1926	1,6 %	1 574	162 000
	1927	1,3 %	1 306	117 540
Genesungsheime	1925	4,2 %	4 112	172 704
	1926	3,7 %	3 605	173 000
	1927	3,9 %	3 850	161 700
Tageskolonien	1925	7,5 %	7 342	?
	1926	8,9 %	8 642	?
	1927	9,6 %	9 357	?

Zusammen:
- 1925 34,6 % = 33 780 Kinder der Gesamtschülerzahl von 97 536
- 1926 35,5 % = 34 470 „ „ „ 96 911
- 1927 33,9 % = 33 296 „ „ „ 98 048

Kostendeckung:*)

	1925	1926	1927
Durch Vereine, Schulen, Eltern, Wohltäter	49,3 % = Rm. 892 000	43,3 % = Rm. 846 000	47,2 % = Rm. 888 000
Durch Staatszuschüsse	45,7 % = Rm. 827 000	49,4 % = Rm. 965 000	43,6 % = Rm. 819 000
Durch Zuschüsse der Krankenkasse**)	2,7 % = Rm. 49 000	2,6 % = Rm. 51 000	3,0 % = Rm. 56 000
Durch Zuschüsse der Landesversicherung**)	2,3 % = Rm. 42 000	3,8 % = Rm. 75 000	4,5 % = Rm. 85 000
Durch Zuschüsse der Reichsversicherung	— = Rm. —	0,9 % = Rm. 17 000	1,7 % = Rm. 32 000
Zusammen	100 % = Rm. 1 810 000	100 % = Rm. 1 954 000	100 % = Rm. 1 880 000

*) Nicht eingerechnet sind die Kosten der Tageskolonien.
**) Diese Summen sind Barzuschüsse für die Verschickung von Kindern, außerdem unterhalten Krankenkasse und Landesversicherung eigene Anstalten auf eigene Kosten.

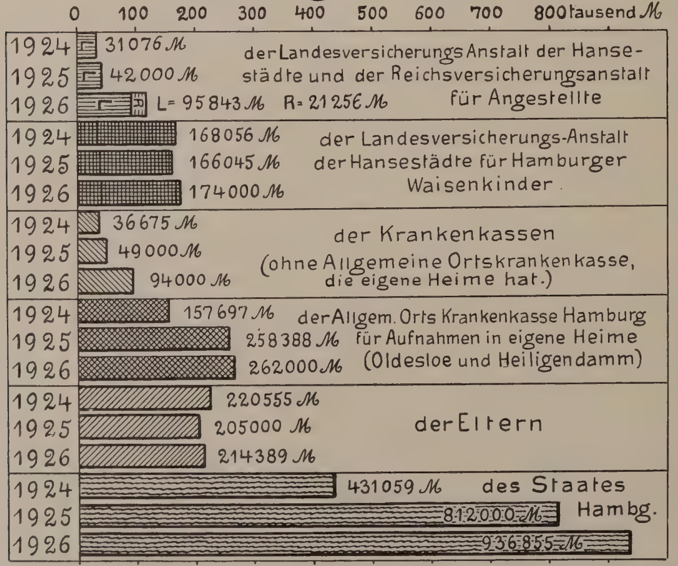
Betrieb von Erholungsheimen, Schulheimen und Genesungsheimen" wurden die Anforderungen, die an solche Betriebe gestellt werden, festgelegt.

Die Vorschriften in den Richtlinien gliedern sich in folgende Abschnitte:

1. Allgemeines.
2. Ärztliche Überwachung, Krankenschwester.
3. Bau und Einrichtung.
4. Angestellte und Helfer.
5. Allgemeine Richtlinien für bauliche Vorkehrungen gegen Feuersgefahr.
6. Richtlinien für den Betrieb von Heimen in bezug auf Feuersgefahr.
7. Verpflegung.

Interessenten können Exemplare dieser Richtlinien von der Oberschulbehörde, Dammtorstraße 25, erhalten.

Durch Umfrage bei sämtlichen staatlichen höheren Schulen und Volksschulen wird alljährlich im Auftrage des Ausschusses für Ferienwohlfahrtspflege eine Übersicht über den Umfang der Erholungsfürsorge dieser staatlichen Schulen erarbeitet. Die nachstehende Zusammenstellung gibt ein Bild über die Entsendung von Schulkindern in den letzten drei Jahren und zugleich die schätzungsweise errechnete Kostendeckung für die Entsendung außerhalb Hamburgs. Die Kosten des Aufenthalts von Schulkindern in den Tageskolonien konnten bisher noch nicht in diese Schätzung einbezogen werden. Über den Umfang der Entsendung aus den der Berufsschulbehörde unterstellten Anstalten liegt eine Zusammenstellung nicht vor.

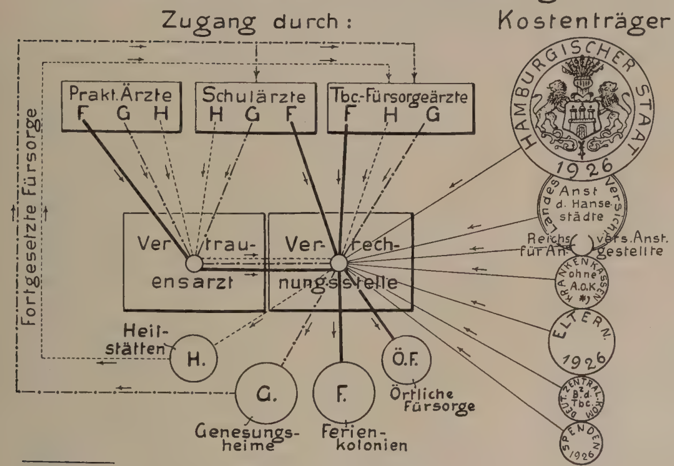


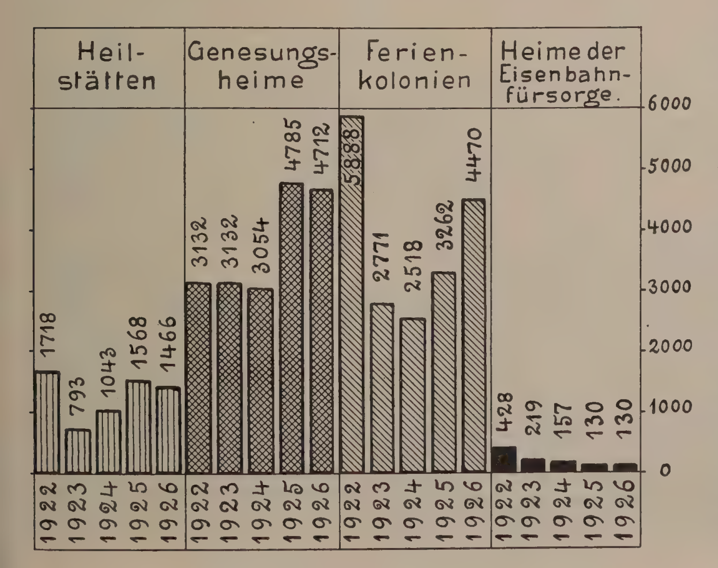
6. *ZENTRALSTELLE FÜR KINDERVERSCHICKUNG.*

Schon vor dem Kriege beschäftigten sich in Hamburg eine Reihe von amtlichen Stellen mit der Entsendung kranker, in erster Linie tuberkulöser Kinder in Erholungs- und ärztlich geleitete Genesungsheime. Vor allem war es die *Allgemeine Armenanstalt,* die die für die Kinderfürsorge alljährlich aufgewandten öffentlichen Mittel planmäßig in den Dienst der Kranken- und vorbeugenden Gesundheitsfürsorge stellte, um Gesundheitsschädigungen der in den unbemittelten Volkskreisen heranwachsenden Jugend rechtzeitig vorzubeugen oder, wenn nötig, frühzeitig Heilung zu bringen. — Bald nach Kriegsende wurde zwischen dem *Landesverband für Volksgesundheitspflege* als Vertreter des Staates, der *Allgemeinen Ortskrankenkasse* und der *Landesversicherungsanstalt der Hansestädte* ein Abkommen über die Auswahl der zu entsendenden Kinder und die Verteilung der Kosten getroffen. Daneben erhielt noch eine Anzahl der in den vorigen Abschnitten erwähnten privaten Vereine vom Staat Mittel als Beihilfe für die Entsendung erholungsbedürftiger Schulkinder. Diese Beihilfen gingen durch den Haushalt verschiedener Behörden.

Als in den ersten Jahren nach dem Kriege die Anforderungen der einen wie der andern Seite immer größer wurden, war schließlich keine rechte Übersicht über die zweckmäßige Verwendung der Mittel mehr möglich. Nach langwierigen Verhandlungen wurde daher im Februar 1922 die *„Zentralstelle für Kinderverschickung"* errichtet, die dem Landesverband für Volksgesundheitspflege angegliedert wurde, da er bereits große Erfahrungen auf dem fraglichen Gebiet besaß und, wie schon oben mitgeteilt, seit Jahren mit den Versicherungsträgern im engsten Zusammenhang arbeitete. Diese Art der Organisation ist bis heute beibehalten worden.

In der Zentralstelle, deren Geschäftsstelle sich im Gebäude der Gesundheitsbehörde befindet, laufen alle Anträge zusammen, die Schulkinder betreffen, deren Gesundheitszustand nach dem Urteil der Fürsorgeärzte, Schulärzte und Wohlfahrtsärzte, Kassen- und Privatärzte einen Erholungsaufenthalt oder eine





Heilstättenkur nötig macht, ohne daß die Eltern in der Lage wären, die Kosten eines solchen Aufenthaltes aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Die Zentralstelle setzt nun durch Vermittlung der Wohlfahrtsstellen die staatliche Beihilfe für jedes einzelne Kind fest, zieht ferner die Beiträge der Versicherungsträger und der Eltern ein, wählt die Heime aus und führt die Gesamtkurkosten an diese ab. Von grundsätzlicher Bedeutung ist, daß die Heime für Verpflegungskosten keine Pauschalbeträge vom Staat erhalten, sondern daß dieser nur an der Aufbringung der Kurkosten für die einzelnen Kinder sich beteiligt.

Verschickungen erfolgen *nur auf ärztliche Anträge* hin. Die von den praktischen Ärzten gemeldeten und alle für Heilstätten oder ärztlich geleitete Genesungsheime bestimmten Kinder werden in den Tuberkulose-Fürsorgestellen und von den Vertrauensärzten der Zentralstelle nachuntersucht, wohingegen die von den Schulärzten für Ferienkolonien vorgeschlagenen Kinder ohne Nachuntersuchung in das gewünschte Heim geschickt werden. Bei der vertrauensärztlichen Nachuntersuchung wird der gegenwärtige Gesundheitszustand festgestellt, aus einer genauen Anamnese etwa in der Familie vorgekommene notorisch vererbliche Krankheiten ermittelt und die Beobachtungen der Schule und des Elternhauses eingehend berücksichtigt. Nach Rückkehr der Kinder werden an Hand der Atteste bzw. auf Grund einer Nachuntersuchung die Kurerfolge festgestellt und durch die Maßnahme der fortgesetzten Fürsorge gesichert, indem die Kinder weiterer ärztlicher Überwachung überwiesen, für Schulspeisung empfohlen oder zu erneutem Kuraufenthalt im nächsten Jahre vorgemerkt werden. — So findet die Fürsorge im Einzelfall unter Um-

ständen ihre Fortsetzung durch eine Reihe von Jahren, solange der Gesundheitszustand oder etwaige Krankheitsanlagen es ärztlich begründet erscheinen lassen, damit das Kind am Ende der Schulzeit in möglichst gutem Gesundheitszustande in das Erwerbsleben eintritt.

Die Zentralstelle für Kinderverschickung hat mit 7 Heilstätten, 10 ärztlich geleiteten Genesungsheimen, davon 1 für Psychopathen, und mit 8 Ferienkolonien oder Erholungsheimen Abkommen hinsichtlich der Belegung getroffen. Der größte Teil von ihnen wird ausschließlich mit Hamburger Kindern belegt. Seit dem Jahre 1922 werden auch *Jugendliche* in den Kreis der zu Entsendenden mit eingeschlossen. Seit 1914 werden sie in immer steigendem Umfange in besonderen Anstalten untergebracht. Außer den Heilstätten stehen für männliche und weibliche Jugendliche je 4 Anstalten zur Verfügung.

An der Heimfürsorge der Zentralstelle für Kinderverschickung beteiligen sich neben dem Staat die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und sämtliche Hamburger Krankenkassen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse belegt nur ihre eigenen Heime. Die vertrauensärztlichen Untersuchungen werden aber durch Ärzte der Zentralstelle vorgenommen, so daß auch hier hinsichtlich der Entsendung von Kindern ein enges Zusammenarbeiten herrscht.

Die für die erwähnten Zwecke, Heil- und Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche, in Hamburg alljährlich aufgewandten öffentlichen Mittel haben in den letzten Jahren die Höhe von etwa $1^1/_2$ Millionen Reichsmark erreicht.

Wenn auch die Zentralstelle für Kinderverschickung in allererster Linie sich für die Kinder einsetzt, die mit staatlichen Zuschüssen entsandt werden, ist sie doch häufig auch in der Lage, durch die Beziehungen des Landesverbandes für Volksgesundheitspflege Kinder zu verschicken, deren Eltern entweder die gesamten Kosten selber tragen können oder bei denen der Landesverband aus ihm zur Verfügung stehenden privaten Mitteln die erforderlichen Zuschüsse leisten kann.

Im Jahre 1926 wurde der Zentralstelle für Kinderverschickung von der Wohlfahrtsbehörde die Ausstellung der ermäßigten Fahrscheine für alle in Heime zu entsendenden Kinder übertragen.

Es sei noch erwähnt, daß die Zentralstelle über eine Gesamtkartothek verfügt, an die von fast allen in Hamburg mit der Kinderverschickung befaßten Stellen Meldungen gerichtet werden, so daß Doppelverschickungen zur größten Seltenheit gehören.

Von großer Bedeutung ist, daß Leitung, Personal und Diensträume der Zentralstelle für Kinderverschickung und des Landesverbandes für Volksgesundheitspflege, der Zentrale der Hamburger Tuberkulosefürsorge, die gleichen sind, so daß eine Einheitlichkeit in der Arbeit in jeglicher Hinsicht gewahrt ist.

DAS HAMBURGER KINDERHEIM „LINDEN-AU", LÜNEBURG

VON PHYSIKUS PROF. DR. VERSMANN UND OBERINSPEKTOR HANNA DUNKEL

DAS Heim ist Eigenheim der Rudolf-Ballin-Stiftung, die auf Grund letztwilliger Verfügung der in Amerika verstorbenen Witwe Eugenie Ballin im Jahre 1925 mit einem Stammkapital von 10 000 Dollar ins Leben gerufen wurde. Der Vorstand setzt sich aus Vertretern der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege zusammen; Vorsitzender ist der Präsident der hamburgischen Wohlfahrtsbehörde. Seit Jahren war es in der hamburgischen Kinderheil- und -erholungsfürsorge als große Lücke empfunden worden, daß die so nahe bei Hamburg gelegenen Solbadquellen in Lüneburg aus Mangel an ausreichenden Heimplätzen nicht in dem Maße ausgenutzt werden konnten, wie der Gesundheitszustand der Kinder aller Altersgruppen es erforderte. Es ist dem Vorstand der Rudolf-Ballin-Stiftung gelungen, die recht erheblichen Mittel zum Bau eines architektonisch schönen und allen Anforderungen der Neuzeit entsprechend eingerichteten Kindergenesungsheimes aufzubringen. Der Hamburgische Staat und die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte haben größere Darlehen gewährt, und außerdem sind namhafte Privatspenden gestiftet worden. Die Stadt Lüneburg hat gegen eine geringe Anerkennungsgebühr einen schöngelegenen Bauplatz in nächster Nähe des Kurparkes zur Verfügung gestellt. Der Bau ist nach den Plänen der hamburgischen Architekten B. d. A. Distel & Grubitz errichtet und im Oktober 1926 dem Betrieb übergeben worden. Es können zurzeit 35 Kleinkinder, 75 Schulkinder und 15 schulentlassene junge Mädchen dort Aufnahme finden. Der Betrieb der Kleinkinderabteilung spielt sich in einem abgetrennten und für diesen Zweck besonders eingerichteten Seitenflügel ab. Die Schulkinder und Jugendlichen sind in Gruppen von etwa 20 zusammengefaßt. Für jede Gruppe steht ein geräumiger Tagesraum zur Verfügung sowie zwei Schlafräume, zwischen denen sich das Zimmer der Gruppenmutter befindet. Eine Isolierabteilung, ärztliche Untersuchungsräume, Höhensonnenzimmer, Turnsaal und Liegehallen sind vorhanden. Die Solbäder werden im nahegelegenen Kurbad genommen. Die Leitung des Heimes liegt in den Händen einer pädagogisch und krankenpflegerisch vorgebildeten Oberin. Ihr stehen pflege- und erzieherisch geschulte Kräfte und das erforderliche Hauspersonal zur Seite. Die ärztliche Versorgung wird durch einen Lüneburger Arzt wahrgenommen, der zu regelmäßigen Untersuchungen in das Heim kommt und in Notfällen jederzeit erreichbar ist. Aufgenommen werden insbesondere skrofulöse und rachitische Kinder, in erster Linie aus den Kreisen der minderbemittelten Bevölkerung Hamburgs. Die Dauer der Solbadekur beträgt für die Schulkinder und die Jugendlichen sechs Wochen, für die Kleinkinder acht Wochen. Die Erfolge sind im allgemeinen recht befriedigend; im Bedarfsfalle



Seitenflügel



Detail-Vorderfassade

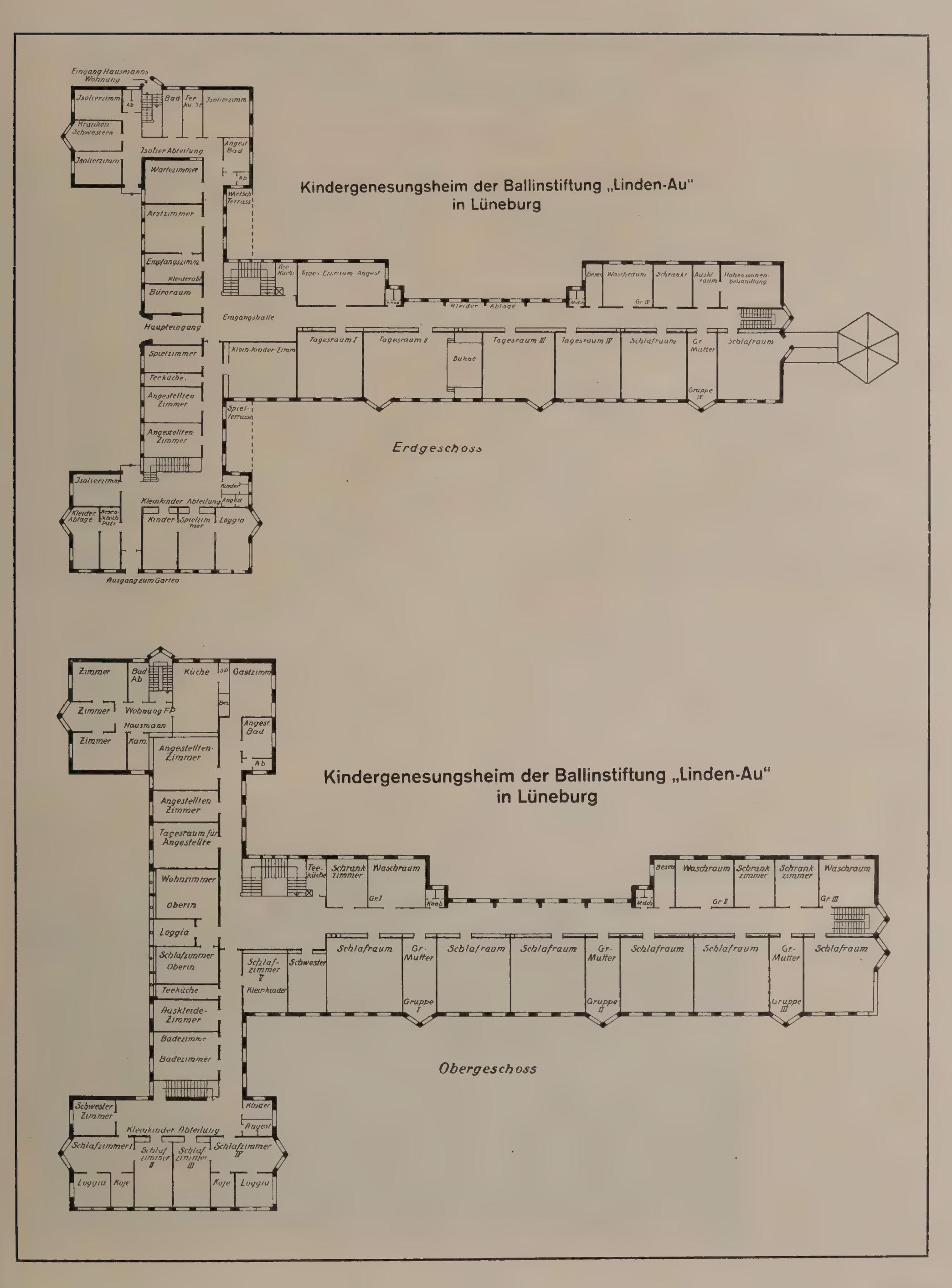


Detail-Seitenflügel mit Arkaden

findet eine Kurverlängerung statt. Der Tagespreis beträgt einschließlich der Solbäder Rm. 3.50. Je nach der Lage des Einzelfalles wird ein Staatszuschuß durch die Wohlfahrtsbehörde gewährt, sofern die Leistungen der Eltern, der Versicherungsträger oder sonstiger Stellen die Kosten nicht voll decken. Da die Nachfrage nach Solbadeplätzen für erholungsbedürftige Kinder in Hamburg außerordentlich groß ist, können vorläufig Aufnahmegesuche auswärtiger Stellen nicht berücksichtigt werden.



Kindersaal mit Bühne


Kindergenesungsheim der Ballinstiftung „Linden-Au“
in Lüneburg
Erdgeschoss
Haupteingang
Eingangshalle
Isolier Abteilung
Kleinkinder Abteilung
Ausgang zum Garten
Tagesraum I
Tagesraum II
Tagesraum III
Tagesraum IV
Schlafraum
Kindergenesungsheim der Ballinstiftung „Linden-Au“
in Lüneburg
Obergeschoss
Schlafraum
Waschraum
Gruppe I
Gruppe II
Gruppe III

DAS SEEHEIM DUHNEN DES HAMBURGISCHEN JUGENDAMTES

VON DR. MED. KOHFAHL

DAS Seeheim Duhnen des Hamburger Jugendamtes liegt an der äußersten Spitze des zwischen Weser und Elbe hinziehenden Geestrückens; der Garten des Heims stößt direkt an den Strand des Wattenmeeres. Ursprünglich gehörte das Heim der Christian-Görne-Stiftung, die es für erholungsbedürftige Kinder vom letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts bis zum Kriege betrieb. Während des Krieges mußte es für Zwecke des Militärs im Gebiete der Festung Cuxhaven zur Verfügung gestellt werden. Nach dem Kriege waren durch die Einwirkungen der Inflation die Mittel der Stiftung erschöpft. Es wurde dem Staate zur Pachtung angeboten. Das Jugendamt pachtete die Anstalt und benutzte sie für seine erholungsbedürftigen Zöglinge.

Die Anstalt besteht aus dem Hauptgebäude, in dem die Schlafsäle für die einzelnen Kindergruppen, der große Eßsaal, die Spielsäle für die beiden Kleinkindergruppen, Wohnräume für die Erzieherinnen und die Verwaltungsräume untergebracht sind. Die Tagesräume für die größeren Knaben und Mädchen befinden sich in zwei besonderen Häusern. Getrennt vom Hauptgebäude sind ferner die Krankenstation, das Badehaus, das Kesselhaus und das Wirtschaftsgebäude, in dem sich die Küche, Wäscherei, Plätterei usw. befinden. Von der Kochküche führt ein gedeckter Gang zum Hauptgebäude. Das Seeheim Duhnen ist ein Erholungsheim für erholungsbedürftige Kinder aus dem Hamburger Waisenhaus und für Kinder der allgemeinen öffentlichen Jugendfürsorge in Hamburg. Es finden vor allem skrofulöse Kinder hier Aufnahme.

Außer den klimatischen Hilfsmitteln des Nordseestrandes — Seeluft und Strandsonne — werden die kalten Seebäder im Sommer und die warmen Seebäder im Winter als Kurmittel benutzt. Für die Tage mit geringerer Lichtwirkung, vor allem also im Winter, werden die Kinder mit künstlicher Höhensonne bestrahlt. Kinder mit Haltungsanomalien erhalten zweimal wöchentlich orthopädischen Turnunterricht, in dem besonders das Klappsche Kriechverfahren zur Anwendung gelangt. Neben der Erholungsbehandlung der Kinder wird der Unterricht und die Erziehung auch hier weitergepflegt. Der Unterricht wird von einer hierfür geprüften Lehrerin erteilt. Das Seeheim ist ganzjährig im Betrieb. Die durchschnittliche Belegzahl schwankt zwischen 120 und 140 Kindern. Für die Beaufsichtigung der Kinder sorgen außer der Leiterin 11 Erzieherinnen. Zur Pflege der kranken Kinder stehen zwei geprüfte Krankenschwestern zur Verfügung. Das Heim wird ständig ärztlich überwacht.



Heimansicht vom Wasser

DAS PFLEGEHEIM MARTINISTRASSE

VON REGIERUNGSDIREKTOR DR. SCHLANBUSCH

DAS Pflegeheim wurde im März 1921 dem Pflegeamt der Polizeibehörde zur Verfügung gestellt. Es dient dem vorübergehenden Aufenthalt von etwa 40 obdachlosen, hilfsbedürftigen oder sittlich gefährdeten, in der Regel volljährigen Frauen und Mädchen.

Im Pflegeheim finden Aufnahme:

a) weibliche Personen, die durch die Polizei, durch andere Behörden oder Fürsorgeorganisationen und durch Privatpersonen dem Pflegeamt als aufnahmebedürftig bekannt werden,

b) weibliche Personen, die nach Entlassung aus den Geschlechtskrankenstationen von den Krankenhäusern dem Heim überwiesen werden,

c) ledige Schwangere oft mehrere Monate vor der Entbindung und Wöchnerinnen nach der Entbindung zusammen mit dem Säugling für die Dauer der gesetzlichen Schonzeit,

d) weibliche Personen, die freiwillig um Aufnahme bitten. Diese stellen einen nicht unerheblichen Teil der Insassen dar.

Die Dauer des Aufenthaltes im Heim richtet sich nach der Lage des Einzelfalles. Es gibt Pfleglinge, die das Heim nach wenigen Tagen verlassen. Andere müssen Wochen und Monate dort bleiben, ehe ihre Verhältnisse so weit geregelt sind, daß sie wieder für sich selbst sorgen können.



Pflegeheim Martinistraße mit Obst- und Gemüsegarten

Zahl der im Heim aufgenommenen Frauen u. Mädchen u. der Verpflegungstage.

	1922	1923	1927
Gesamt	980	1151	1120
Erw. / Säugl.	921 Erw 59 Säugl	1078 Erw 73 Säugl	1023 Erw 97 Säugl
Verpfl. Tage	8438	14592	15897

Zugang

	1922	1923	1927
Pflegeamt	51,6 %	35,2 %	20 %
Krankenh. u. Entb. Anst.	12,5 %	22 %	27,7 %
Bahnhofs Mission	9,2 %	11,6 %	7,9 %
andere Fürsorgestellen u. Behörden	2,4 %	6 %	6,4 %
Gefängnis	0,1 %	1 %	1 %
von selbst gekommen	24,2 %	24,2 %	37 %

Abgang

	1922	1923	1927
Antritt einer Arbeitsstelle	30,3 %	38,8 %	36,4 %
zu den Angehörigen zurück	6,9 %	12,1 %	12,5 %
Krankenh. u. Entb. Anst.	13 %	15,9 %	14,2 %
andern Anst. überwiesen	7 %	2,3 %	5,7 %
Durchreise oder eig. Heim	34,9 %	24,7 %	29 %
Entwichen	7,9 %	5,9 %	1,3 %
strafweise entlassen	0 %	0,3 %	0,9 %

Durchschnittliche Belegungszahl täglich 1922 – 23,4 1923 – 40 1927 – 43 Personen.

Jede Person wird bei der Aufnahme ärztlich auf Geschlechtskrankheiten untersucht, was den Insassen als im Interesse der Heimgemeinschaft liegend selbstverständlich erscheint. Alle Arbeitsfähigen werden in Begleitung einer Fürsorgerin zum Arbeitsnachweis geschickt. Soweit Arbeitsunfähigkeit infolge körperlicher oder geistiger Leiden besteht, erfolgt die Einweisung in geeignete andere Anstalten.

Durch persönliche Beeinflussung der einzelnen Pfleglinge wird versucht, erzieherisch auf sie einzuwirken und in diesen häufig asozial eingestellten Menschen Sinn für Ordnung und Sauberkeit sowie Verantwortungsgefühl zu wecken.

Wesentlich ist die Darbietung von gutem Unterhaltungsstoff im Heim als Gegengewicht gegen die Verlockungen zweifelhafter Vergnügungsstätten der Großstadt, durch die viele Mädchen ins Unglück geraten sind. Zu diesem Zweck finden im Heim regelmäßig Musik-, Lese-, Volkstanz- und Handfertigkeitsabende statt; ferner werden kleine Theateraufführungen sowie Vorträge und Besprechungen über Fragen des täglichen Lebens veranstaltet.

Erfreulicherweise verbringt eine beträchtliche Anzahl früherer Pfleglinge auch lange nach der Entlassung ihre Freizeit im Heim. Dadurch wird das Heim zu einer Heimstätte nicht nur für die jeweiligen Insassen, sondern darüber hinaus für alle jemals vom Pflegeamt betreuten Personen.

KRANKEN- UND SIECHENABTEILUNG DES VERSORGUNGSHEIMS

VON OBERARZT DR. P. R. BIEMANN

DAS jetzt der Wohlfahrtsbehörde unterstehende Versorgungsheim hat im Laufe der Jahrhunderte unter den verschiedenen Behörden vielfache Änderungen erlebt. Das um das Jahr 1620 am jetzigen Alstertor erbaute Werk- und Zuchthaus, wohl der erste nachweisbare Vorgänger der jetzigen Anstalt, fiel 1842 dem großen Hamburger Brande mit zum Opfer. Eine neue — die jetzige — Anstalt wurde in den Jahren 1852/53 in der Nähe der Mundsburg als Werk- und Armenhaus erbaut. Das Gebäude blickt also heute auf ein ehrwürdiges Alter von 75 Jahren zurück. Infolge Überbelegung dieser Anstalt wurde im Jahre 1904 eine Zweiganstalt in Farmsen errichtet. Beide Anstalten erhielten, da das Insassen-Material infolge des Weltkrieges und der nachfolgenden Inflation ein wesentlich anderes geworden war, im Jahre 1922 den Namen „Versorgungsheim mit Zweiganstalt Farmsen".

Die Hauptanstalt ist in Hufeisenform und Korridorsystem teils zwei-, teils dreistöckig erbaut und liegt, wie aus nebenstehender Skizze ersichtlich, in einem Straßenquadrat von Oberaltenallee, Finkenau, Ufer- und Richardstraße. Durch diese geschützte Lage ist sie dem Straßenlärm entzogen. Nur die unmittelbar vor der Vorderfront des Hauses vorbeifahrende Hochbahn läßt leider in regelmäßigen Abständen geräuschvoll die Großstadt erkennen. Ein großer, nach der Oberaltenallee liegender Park ermöglicht den Insassen einen angenehmen Aufenthalt im Freien. Das Wirtschaftsgebäude liegt langgestreckt in dem offenen Hufeisen. Einige früher für Fabrikbetriebe verwandte, zur Uferstraße gelegene Gebäude dienen jetzt infolge ständigen Platzmangels auch der Unterbringung von Insassen. In unmittelbarer Nachbarschaft, auf dem früheren Grundstück der Anstalt, befindet sich das Institut für Geburtshilfe; Kesselhaus und Anatomie sind beiden Anstalten gemeinsam.

Die Hauptanstalt umfaßt jetzt etwa 1750 Betten, die sich auf vier verschiedene Abteilungen folgendermaßen verteilen:

Abt. 1, die wesentlich größte, ist die Krankenabteilung mit etwa 1000 Betten,

Abt. 2, für rüstige Sieche, mit etwa 400 Betten,

Abt. 3, für Leicht-Arbeitsfähige, mit etwa 100 Betten,

Abt. 4, für Voll-Arbeitsfähige, mit etwa 250 Betten.

Der Übergang zwischen den einzelnen Abteilungen ist jedoch nicht streng gewahrt, sondern ein gleitender, da bei dem großen Platzmangel jedes freie Bett sofort mit einer Neuaufnahme belegt werden muß. In der Zweiganstalt, die etwa 1350 Betten umfaßt, befinden sich fast ausschließlich mehr oder weniger Voll-Arbeitsfähige neben einigen rüstigen Siechen. Es ist dort nur eine kleine Krankenabteilung vorhanden; alle einer längeren Behandlung bedürftigen Patienten werden zur Krankenabteilung der Hauptanstalt verlegt.

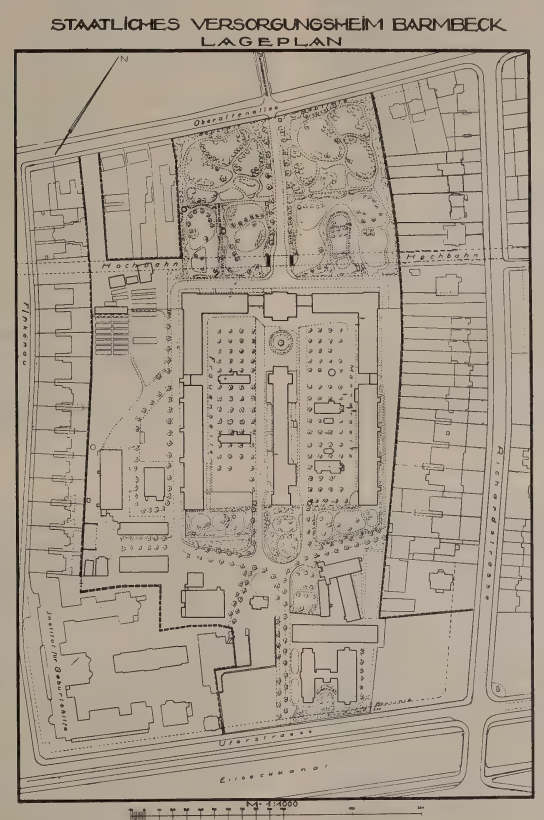
Der ärztliche Dienst im Versorgungsheim wird in der Haupt- und Zweiganstalt von den beiden Oberärzten unter deren völlig selbständiger Verantwortung hinsichtlich aller Fragen der Krankenbehandlung geführt. Nur die allgemeinen ärztlich-organisatorischen und Verwaltungsfragen für die Gesamtanstalt liegen in der Hand des Oberarztes der Hauptanstalt. Infolge der fast völligen Verschiedenheit des Kranken- und Insassenmaterials, die sich vor allem in den letzten Jahren besonders in der Hauptanstalt durch stark vermehrte Aufnahmen von Patienten aus den Krankenhäusern und der offenen Fürsorge nach der Krankenseite hin ausgewirkt hat, ist die ärztliche Tätigkeit in beiden Anstalten eine wesentlich andersartige. Während der ärztliche Dienst der Zweiganstalt von dem Oberarzt allein versehen wird, sind in der Hauptanstalt als vollbeschäftigte Hilfskräfte 1 Sekundärarzt und 2 Assistenzärzte tätig, die sich auch in dem regelmäßigen Tagesdienst abwechseln, sowie als nicht vollbeschäftigte Spezialärzte — Fachärzte der Stadt — ein Augenarzt, ein Ohrenarzt, ein Zahnarzt und seit Anfang dieses Jahres auch ein Hautarzt.

Nach den Gesichtspunkten der Belegungsart werden die Neuaufnahmen auf die einzelnen Abteilungen verteilt. Alle Aufnahmen für das Versorgungsheim erfolgen nur von der Wohlfahrtsbehörde und gehen durch die Hauptanstalt. Von jedem Neuaufgenommenen wird ein ausführliches Krankenblatt angelegt und in einem sofort an die Verwaltung weitergeleiteten Gutachten der Grad der Arbeitsfähigkeit resp. die Arbeitsunfähigkeit genau fixiert. Aufgenommen wurden im letzten Jahre

	Männer	Frauen	Zusammen
aus der Wohnung . . .	291	213	504
aus den Krankenhäusern .	134	119	253
aus den Asylen	153	36	189
aus der Arbeiterkolonie .	168	—	168
ohne feste Wohnung, Stadthaus, Pflegeamt usw.	54	76	130
insgesamt	800	444	1244

Die Aufnahmefähigkeit der Anstalt ist wegen der ständigen Überbelegung leider nur eine sehr geringe, so daß täglich viele Aufnahmegesuche abgelehnt werden müssen. Die Notwendigkeit der Errichtung eines großen Siechenkrankenhauses für Hamburg wird immer dringender.

Der innere ärztliche Dienst in der Hauptanstalt erstreckt sich neben der Untersuchung der Neuaufnahmen vor allem auf die ärztliche Betreuung der Insassen und teilt sich in die rein stationäre und die poliklinische Tätigkeit. Auf der Kranken- und der Siechenabteilung werden regelmäßig täglich ärztliche Visiten, analog den Krankenhäusern, gemacht. Die poliklinische, ambulatorische Arbeit umfaßt die Erkrankten der Arbeitsfähigenabteilung sowie des Familienobdachs in der Elisenstraße, das mit seinen 55 Erwachsenen- und 38 Kinderbetten der ärztlichen Aufsicht der Hauptanstalt untersteht. Die dorthin von der Wohlfahrtsbehörde überwiesenen Erwachsenen und Kinder werden vorher in der Aufnahme des Versorgungsheims besonders auf eventuelle Infektionskrankheiten untersucht. — Das Material der Krankenabteilung ist ein vorwiegend internes und intern-neurologisches, in geringerem Umfange auch eins der übrigen medizinischen Disziplinen. Außer Infektionskrankheiten — mit Ausnahme der Lungentuberkulose —, schweren Geisteskrankheiten, die mit starker Unruhe verbunden sind, und Fällen der Großchirurgie werden sämtliche Krankheitsgruppen aufgenommen.



Ähnlich den verschiedenen Abteilungen der Krankenhäuser sind auch hier, allerdings mehr nach pflegerischen Zweckmäßigkeitsgründen, Krankheitsgruppen auf besonderen Sälen der Krankenabteilung zusammengelegt.

Die einzelnen Krankensäle mit durchschnittlich 18 Betten sind quadratisch und infolge der doppelseitigen Fensteranlagen gut lüftbar. Eine zu enge Belegung ist nach Möglichkeit vermieden. Die Betten sind modern.

Auf der Siechenabteilung sind vor den Sälen lange Tagesräume, in denen die Insassen an kleinen Tischen sitzen und sich durch Lesen, Kartenspielen usw. die Zeit vertreiben können. — Der Dienst auf den einzelnen Sälen wird von je einer Pflegerin, die ein Stationsmädchen zur Hilfe hat, versehen. Auf verschiedenen Männersälen hilft der Pflegerin an Stelle des Stationsmädchens ein Insasse. Dieses ist aber nur ein Notbehelf. — Um gehunfähigen Kranken die Verbindung mit der Außenwelt wieder zu ermöglichen, sind seit kurzem mehrere Selbstfahrer und Schiebewagen angeschafft worden, die sich einer äußerst fleißigen Benutzung erfreuen. Mit den sehr stabilen und leichtfahrenden Selbstfahrern machen die Insassen zum Teil große Tagestouren in die nähere und weitere Umgebung Hamburgs und werden dadurch von der Schwere und Tragik ihrer Krankheit mit gutem Erfolge abgelenkt. Umstehendes Bild zeigt Insassen mit solchen Wagen in unserem Anstaltspark.

Der Wechsel der Insassen, besonders auf der Krankenabteilung der Anstalt, ist natürlich ein wesentlich geringerer als in den Krankenhäusern, da es sich im Versorgungsheim vorwiegend um Chronisch-Kranke handelt, die ihren Lebensabend hier zu verbringen mehr oder weniger gezwungen sind.

Auf der Krankenabteilung wurden im letzten Jahre verpflegt: 85 Männer mit 150 863 Verpflegungstagen, 960 Frauen mit 170 503 Verpflegungstagen. Gestorben sind im letzten Jahre 207 Männer und 269 Frauen, zusammen 476 Personen.

Tagesraum einer Siechenstation



Krankensaal



Apotheke



Anstaltspark mit Krankenfahrstühlen

Aus dem Versorgungsheim wurden im Jahre 1927 in die Krankenhäuser verlegt 23 Männer und 30 Frauen, zusammen 53 Personen. Hier handelte es sich größtenteils um schwer unruhige Kranke, deren Überweisung nach Friedrichsberg notwendig wurde, und Verlegung von Frauen zur Entbindung in das Institut für Geburtshilfe.

Die ambulatorische Tätigkeit umfaßte im Jahre 1927:

	Männer	Frauen	Zusammen
Allgemeine Ambulanz	3065	3395	6460
Augenambulanz	237	200	437
Ohrenambulanz	200	184	384
Zahnambulanz	181	272	453
Bestrahlungen und Massage	1080	396	1476
insgesamt	4763	4447	9210

Zu den Spezialärzten, die an bestimmten Wochentagen und Stunden hier tätig sind, werden auch zur Untersuchung resp. Behandlung die betr. Insassen von Farmsen überwiesen; lediglich der Zahnarzt arbeitet auch einmal wöchentlich in der Zweiganstalt.

Eine umfangreiche gutachtliche Tätigkeit erfordern die vielen Anfragen seitens der Verwaltung der eigenen Anstalt, des Wohlfahrtsamtes und anderer Behörden wie auch die Sachverständigengutachten vor den Gerichten.

Die Belieferung der Anstalt mit Medikamenten erfolgt durch das Allgemeine Krankenhaus Barmbeck. Unter verantwortlicher Leitung des Oberarztes steht eine Dispensierstube in der Anstalt, in der drei Angestellte, die die vorschriftsmäßige Prüfung vor der Gesundheitsbehörde bestanden haben, arbeiten. Die Medikamente werden im großen, aber in fertigen Lösungen usw. von der Apotheke des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck bezogen und in unserer Apotheke in die von den einzelnen Stationen durch Medikamentenbücher — analog den Krankenhäusern — angeforderten Mengen umgefüllt und abgegeben, wobei die Gifte einer besonders strengen Kontrolle unterliegen.

Der Bedarf der Zweiganstalt wird durch unsere Apotheke genau wie für die einzelnen Stationen der Hauptanstalt angeliefert.

Im Durchschnitt werden von der Dispensierstube täglich 400 Ordinationen ausgeführt.

Die Verpflegung ist eine absolut gute und abwechslungsreiche. Es steht eine kräftige 1. Form sowie eine etwas leichtere 2. Form und für besondere Krankheitsfälle eine modulationsfähige 3. Form zur Verfügung.

* * *

Die Krankenabteilung der Zweiganstalt Farmsen umfaßt 32 Betten für Männer und 21 Betten für Frauen.

Behandelt wurden im Jahre 1927 auf der Männerabteilung 469 Personen, auf der Frauenabteilung 326 Personen.

In der Poliklinik wurden behandelt 16054 Männer und 14726 Frauen, das sind pro Tag 99 Personen.

Verstorben sind 14 Männer und 13 Frauen.

In andere Krankenhäuser mußten im Jahre 1927 verlegt werden 23 Männer und 24 Frauen, zusammen 47 Personen.

Unter ständiger ärztlicher Aufsicht steht in der Zweiganstalt die Epileptikerabteilung mit 20 Betten für Frauen und 29 Betten für Männer, ferner die kleine Tuberkuloseabteilung für Männer mit 14 Betten. Diese Abteilung ist erst mit Fertigstellung der Aufbauten im letzten Jahre eingerichtet. Sie besitzt eine nach Süden gerichtete Liegehalle mit den nötigen Liegestühlen. Die Zimmer sind so eingerichtet, daß nur vier bis fünf Kranke zusammenliegen; auch sind zwei Zimmer mit nur zwei Betten vorhanden. In dieser Abteilung finden nur Lungenkranke Aufnahme, die nicht dauernd bettlägerig sind, und denen der Aufenthalt in reiner Luft zur Heilung dienen soll. Die Belegung der freien Betten erfolgt durch geeignete Fälle der Tuberkuloseabteilung der Hauptanstalt.

Eine weitere Sonderabteilung, die unter spezieller ärztlicher Aufsicht steht, ist die Trinkerheilstätte, in der etwa 40 entmündigte Trinker Aufnahme finden. Diese Trinker werden von der Trinkerfürsorge des Wohlfahrtsamtes eingewiesen unter der Annahme, daß Aussicht auf Heilung besteht. Die Zeit einer Kur ist auf mindestens neun Monate festgesetzt. Hauptheilfaktor neben völliger Abstinenz und Einwirkung auf die Psyche bildet die Arbeitstherapie, wenn irgend möglich in der Landwirtschaft und im Gartenbetriebe.

Eine losere ärztliche Aufsicht wird ausgeübt über die sogenannten Trinker II, d. h. Trinker, die rückfällig geworden sind und von denen keine Heilung zu erhoffen ist, sowie über die Psychopathenabteilungen und den Luisenhof.

Bei diesen Abteilungen, die z. T. schwachsinnige und sonst psychisch abnorme Insassen umfassen, ist oft eine psychiatrische Beobachtung und Beurteilung nötig.

* * *

Mit dem Anwachsen der Krankenabteilung in der Hauptanstalt nicht nur in quantitativer, sondern in letzter Zeit auch mehr und mehr in qualitativer Hinsicht und der allgemeinen und spezialärztlichen Ambulanz sind die Anforderungen an ärztliche Ein-

richtungs- und Behandlungsmöglichkeiten naturgemäß immer größere geworden, so daß die jetzt vorhandenen Räumlichkeiten, Einrichtungen usw. des veralteten Anstaltsgebäudes bei weitem nicht mehr ausreichen.

Es kann und braucht hier selbstverständlich nicht der umfangreiche Apparat eines modernen Krankenhauses vorhanden zu sein; immerhin müssen aber die zur Krankenbehandlung und -pflege erforderlichen Belange derart sein, daß den berechtigten Wünschen und Forderungen der Patienten und Ärzte unbedingt genügt werden kann. In dieser Hinsicht ist deshalb eine Modernisierung der Anstalt und ihrer Einrichtungen dringend nötig und auch langsam im Werden.

TRINKERHEILSTÄTTE UND STATION FÜR UNHEILBARE TRINKER

VON OBERREGIERUNGSRAT DR. JAQUES

IM Staatlichen Versorgungsheim befindet sich die im Jahre 1923 eingerichtete staatliche Trinkerheilstätte mit 40 Plätzen und eine Station für unheilbare Trinker mit etwa 80 Plätzen. Die *Heilstätte* nimmt das 1. Stockwerk eines der Unterbringungshäuser ein und besteht außer aus einem größeren Schlafsaal aus Einzelzimmern mit je drei oder vier Betten und aus mehreren gemeinschaftlichen Wohn- und Speiseräumen. Die jetzige Heilstätte ist eine Übergangseinrichtung. Es besteht die Absicht, sie in absehbarer Zeit vom Anstaltsgelände fortzuverlegen und eine besondere Anstalt für sie zu errichten.

Die Einweisung in die Heilstätte, die in der Regel von der Einrichtung einer vorläufigen Vormundschaft oder der Entmündigung wegen Trunksucht abhängig ist, steht in engem Zusammenhange mit der gesamten planmäßigen Trinkerfürsorge der Wohlfahrtsbehörde (vgl. S. 336) und der mit ihr zusammenarbeitenden Enthaltsamkeitsvereine. Wo die Versuche, den Trinker in der Freiheit zu einem enthaltsamen Leben zu bringen, versagen, und wo überhaupt noch die Möglichkeit der Heilung zu bestehen scheint, tritt nach Anhörung des Vertrauensarztes die Heilstättenpflege ein. Für diese ist eine Mindestzeit von neun Monaten vorgesehen. Die Pfleglinge haben dabei durchweg zum Zwecke der Stärkung ihrer Willenskraft ernsthafte Land- und Gartenarbeit zu verrichten. In den letzten Monaten werden sie nach Möglichkeit mit einer Tätigkeit betraut, die dem Berufe des einzelnen naheliegt. Urlaub für einzelne Tage oder Stunden wird den Pfleglingen der Trinkerheilstätte erst nach Ablauf von sieben Monaten gewährt und dient besonders dazu, ihre Widerstandsfähigkeit im freien Leben zu prüfen. Während der Kurzeit hören die Alkoholkranken allgemeine und medizinische Vorträge über die Gefahren der Trunksucht und werden auf die für sie nach der Entlassung unbedingt notwendige enthaltsame Lebensweise vorbereitet. Die Entlassung wird auch nach Ablauf der Mindestkurzeit davon abhängig gemacht, daß die Pfleglinge Arbeit und Unterkommen haben, wobei ihnen in der Regel die Wohlfahrtsbehörde hilfreich zur Seite steht, und daß sie sich bereit erklären, einem Enthaltsamkeitsverein beizutreten. Die meisten werden Mitglieder des vom Anstaltsgeistlichen gegründeten, regelmäßig 14tägig tagenden Vereins „Nie zurück“. Es bleibt ihnen aber unbenommen, einer andern Abstinenzvereinigung, namentlich dem Guttemplerorden, beizutreten.

Die Anstalt ist die erste staatliche Trinkerheilstätte in Deutschland. Sie ist ein Mittelding zwischen den privaten Trinkerheilstätten und den Trinkerasylen, die in der Regel Arbeitshäusern angeschlossen sind. Mit den ersteren hat sie die heilfürsorgerischen Maßnahmen gemein, mit den letzteren den Zwang.

Die Heilerfolge werden durch jährliche statistische Erhebungen, in denen auch die alten Fälle immer wieder durchgeprüft werden, festgestellt. Die Sichtung der Pfleglinge vor der Aufnahme in der Heilstätte ist, zumal in der großstädtischen Wohlfahrtspflege, nicht immer einfach, und häufig ergibt sich erst nach der Aufnahme, daß es sich um einen gänzlich unheilbaren Gewohnheitstrinker oder um einen schweren Psychopathen handelt, die bei der Erfolgsstatistik auszuscheiden sind. Bei dieser konnten etwa 70 v. H. der Fälle als Erfolge bezeichnet werden.

Die Unterbringung auf der *Station für unheilbare Trinker* dient lediglich ihrer Bewahrung. Dorthin werden auch die Insassen der Trinkerheilstätte versetzt, die sich gegen die Anstaltsordnung vergehen oder rückfällig werden. Im übrigen werden auch die als unheilbar Aufgenommenen das erstemal auf neun Monate untergebracht, und auch an ihnen werden immer noch Heilungsversuche gemacht, die gelegentlich von Erfolg begleitet sind.

DIE HAMBURGER BLINDENANSTALTEN

VON DIREKTOR PEYER

DIE *Blindenanstalt von 1830, Minenstraße 3,* bezweckt, bildungsfähigen blinden und hochgradig schwachsichtigen Kindern, gleichviel welchen Geschlechts, welchen Standes und welchen Glaubens, Erziehung, Schulunterricht und eine gründliche Ausbildung zum Erwerb zu geben, sowie Blinden und Augenkranken außerhalb der Anstalt Unterstützung zu gewähren. Sie wurde dadurch ins Leben gerufen, daß sich am 4. Dezember 1830 die Herren *Dr. Wolf, De La Camp, J. W. Rücker, Prof. Dr. Jülich* und *Dr. Schön* zu einem Vorstande eines zu gründenden Institutes für Blinde vereinigten und am 13. 12. den ersten Aufruf an die hamburgische Bevölkerung erließen. Am 4.7.1831 wurde in gemieteten Räumen die Blindenschule eröffnet. Erst am 20. 5. 1846 konnte die Anstalt ein eigenes Gebäude beziehen, das im Laufe der Jahre mehrfach erweitert und umgebaut wurde. In diesem Gebäude befindet sich auch heute noch die Schule, die allerdings im Jahre 1893 vom Staate übernommen wurde, der für die Räumlichkeiten eine jährliche Miete an die Blindenanstalt zahlt.

Ostern 1924 wurde eine Sonderklasse für sehschwache Kinder eingerichtet und damit der Anfang gemacht, einem großen Übelstande abzuhelfen. Der Unterricht in den Normalschulen kann den sehschwachen Kindern nicht gerecht werden. Sie bleiben infolgedessen in ihrer Ausbildung zurück und werden in den meisten Fällen nach der Schulentlassung der Blindenanstalt zugeführt, in einem Lebensalter, wo das Versäumte nicht mehr nachzuholen ist und daher auch die berufliche Ausbildung auf große Schwierigkeiten stößt. Heute bestehen bereits vier Klassen für Sehschwache, die von 50 Kindern besucht werden, während die Blindenschule nur noch zwei Klassen mit 24 Schülern enthält. 14 Schüler besuchen die Fortbildungsschule, 13 werden in der Musik und 10 im Klavierstimmen ausgebildet. Im Internat befinden sich nur noch 10 Kinder. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß es für die Kinder am besten ist, wenn sie während der Schulzeit bei den Eltern bleiben, falls die häuslichen Verhältnisse es zulassen, denn das beste Internat kann die Familie nicht ersetzen.

Das Blindenasyl, Alexanderstraße 32, ist die Beschäftigungsanstalt und enthält außer den Werkstätten und dem Verkaufsladen die Verwaltungs- und Wirtschaftsräume für beide Anstalten. Es bezweckt, erwachsene Blinde und hochgradig schwachsichtige Personen in einer Anstalt unterzubringen und mit Geldmitteln zu unterstützen, um sie möglichst in den Stand zu setzen, ihren Unterhalt zu erwerben. Die Gründung des Blindenasyls wurde von dem Vorstande der Blindenanstalt von 1830 am 15. Mai 1862 durch einen Aufruf in den „Hamburger Nachrichten" angeregt. Ein eigenes Gebäude besitzt das Asyl jedoch erst seit dem 13. Juii 1895. In der Korbmacherei, Bürstenmacherei, Stuhlflech-



Blinden-Anstalt von 1830



Blinden-Asyl



Blinden-Altenheim

terei und Maschinenstrickerei werden 28 Insassen des Asyls und 44 Tagesarbeiter beschäftigt. Die angefertigten Waren erzielten im letzten Jahr einen Erlös von rund 75 000 Rm.

Die Insassen des Asyls, die in den meisten Fällen ein Einzelzimmer bewohnen, behalten die Hälfte ihres Verdienstes zu ihrer freien Verfügung, während die andere Hälfte als Kostgeld zur Anrechnung gelangt.

Die von den Blinden angefertigten Waren stehen in dem Laden des Blindenasyls, Alexanderstraße 32, zum Verkauf.

Das Blinden-Altenheim, Breitenfelder Str. 21/27, bestehend aus der Kaemmerer- und Müller-Stiftung, hat den Zweck, blinden und hochgradig schwachsichtigen Personen beiderlei Geschlechts, die infolge körperlicher oder geistiger Mängel oder wegen Alters ihr Fortkommen durch eigenen Erwerb nicht oder nur mangelhaft finden können, Versorgung und, soweit als tunlich, Beschäftigung zu gewähren.

Im H. W. Müller-Stift werden zur Zeit 59 Frauen und im W. H. Kaemmerer-Stift 26 Männer, die meistens Einzelzimmer haben, versorgt.

In diesem Frühjahr wurde im Blinden-Altenheim eine besondere Pflegestation eingerichtet. Die alten Leute empfanden es bisher als eine große Härte, daß sie, sobald sie siech wurden, nicht im Altenheim verbleiben konnten, sondern in das Versorgungsheim überführt werden mußten. Diesem Übelstande ist durch die neue Pflegestation abgeholfen, für die eine besondere Schwester angestellt wurde.

Das Hamburger Blinden-Erholungsheim Ratzeburg wurde am 10. Juni 1926 eröffnet. Es ist eine prächtige Villa mit einem direkten Ausgang in herrlichen Buchenwald und gegenüber vom Ratzeburger See gelegen. In dem schönen und zweckmäßig eingerichteten Heim können gleichzeitig 20 Blinde untergebracht werden. Zu dem Grundstück gehört ein schöner Garten und eine große Spielwiese, die besonders von den Kindern eifrig benutzt wird.



Blinden-Erholungsheim

DIE TAUBSTUMMENANSTALT FÜR HAMBURG UND DAS HAMBURGER GEBIET

VON DR. JUR. GÜNTHER MARR, VORSITZENDEM DES ANSTALTSVORSTANDES

DIE Taubstummenanstalt für Hamburg und das Hamburger Gebiet konnte im vergangenen Jahr ihr 100jähriges Bestehen festlich begehen. Unter dem Einflusse des großen Taubstummenerziehers Samuel *Heinicke*, der lange Zeit in Hamburg gewirkt hat, rief der junge Arzt Dr. med. Heinrich Wilhelm *Buek* zusammen mit einigen anderen Mitbürgern die Taubstummenanstalt am 28. Mai 1827 als „Milde Stiftung" ins Leben. Die Gründer setzten der Anstalt die Aufgabe, bildungsfähigen taubstumm geborenen oder taub gewordenen und auch hochgradig schwachhörigen Kindern ohne Unterschied des Geschlechts und der Konfession Erziehung und Unterricht zu gewähren und sie bis zu ihrer Entlassung aus der Schule für das bürgerliche Leben vorzubereiten. Bis in die heutige Zeit hinein hat sich die Anstalt vorwiegend diesem Aufgabenkreise gewidmet und sich ihren Charakter als Erziehungs- und Bildungsinstitut für Gehörlose erhalten.

Zur Erziehung der Taubstummen stehen die Taubstummenschule und das Anstaltsinternat zur Verfügung. Beide Einrichtungen standen früher ausschließlich unter der Verwaltung und Aufsicht des Anstaltsvorstandes. Die erforderlichen Mittel kamen durch freiwillige Spenden zusammen. 1882 ging die Schule nebst ihrem Inventar an den Hamburger Staat über, weil der Vorstand nicht in der Lage war, den mit der Schule verbundenen und ständig steigenden Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Der Anstaltsvorstand behielt aber weiterhin einen gewissen Einfluß auf die Schule. Er entsandte nämlich in die zur Schulbeaufsichtigung berufene Schulkommission zwei Vertreter und den von ihm gewählten Anstaltsdirektor. Der „Direktor der Taubstummenanstalt" war und blieb die einheitliche Spitze von Schule und Anstalt. Nach Erlaß des hamburgischen Gesetzes vom 12. April 1920 wurde auch für die Taubstummenschule die Selbstverwaltung eingeführt und die Schulkommission aufgehoben, obwohl sich Anstaltsvorstand und das Lehrerkollegium gegen diese



Die Taubstummenanstalt an der Bürgerweide 21, Hamburg

Erneuerung ausgesprochen hatten. Damit ist die Taubstummenschule vollkommen verstaatlicht und von den übrigen Einrichtungen der Anstalt getrennt. Da aber die Schule und das Internat unbedingt zusammengehören und sich in ihrer erzieherischen Tätigkeit ergänzen, wurde bestimmt, daß der Vorstand im Elternrat der Schule und die Lehrer im Vorstand der Anstalt vertreten bleiben. Die Anstalt stellt dem Hamburgischen Staate im übrigen nach wie vor die erforderlichen Schulräume zur Verfügung.

Die Schule bestand im letzten Schuljahre aus acht aufsteigenden Klassen und zwei Parallelklassen für schwachbegabte Kinder. Dem Lehrkörper gehören neun ordentliche Lehrkräfte und zwei Hilfskräfte an. Die Schülerzahl betrug 98. Sie ist in den letzten zehn Jahren durchweg dieselbe geblieben.

Der Unterricht in der Schule und die Erziehung in der Anstalt sind von Anfang an auf der Lautsprache aufgebaut. Hieran ist stets festgehalten worden, obwohl es an Gegenströmungen nicht gefehlt hat, welche die Benutzung der Gebärdensprache im Unterricht verlangten. 1911 wurde die Schwerhörigenschule in Hamburg gegründet. Sie hat der Taubstummenanstalt einen Teil ihrer Erziehungsarbeit abgenommen. Die Frage, in welche der beiden Schulen ein gehörloses oder gehörschwaches Kind gehört, ist Gegenstand eingehender Erörterungen der Oberschulbehörde mit den beteiligten Anstalten gewesen. Wiederholt sind Richtlinien über diese Schüleraufnahmen gegeben worden. Neuerdings ist diese Zuständigkeitsfrage durch Grundsätze geregelt, die 1922 von den Lehrkörpern beider Schulen gemeinsam aufgestellt wurden.

Der Anstaltsvorstand richtete 1893 Fortbildungsschulkurse für gehörlose Jünglinge ein, die sich rasch wachsender Beliebtheit erfreuten. Die Schulstunden fanden zweimal wöchentlich statt. Ihr Besuch war freiwillig. Die Mittel brachte der Vorstand auf. Diese Einrichtung fiel 1913 dem hamburgischen Gesetz über die Fortbildungsschulpflicht zum Opfer. Der Anstaltsvorstand läßt es sich auch jetzt noch angelegen sein, die aus vier Abteilungen (zwei männlichen, zwei weiblichen) bestehende Fortbildungsschule für Taubstumme nach Kräften zu fördern.

Seit 1919 besteht bei der Anstalt ein Kindergarten für taube und ertaubte Kinder, die das fünfte Lebensjahr vollendet haben. Die Kinder werden hier durch Spiel und Beschäftigung auf den Unterricht vorbereitet. Hierdurch werden schon in frühester Zeit die Sprachreste der Kinder gepflegt und erhalten.

Das Internat wurde schon bald nach der Gründung der Taubstummenanstalt eingerichtet. Es bildete immer einen wichtigen Faktor bei der Erziehung der Taubstummen. Als das Anstaltsgebäude an der Bürgerweide im Jahre 1873 bezogen werden konnte, wurden Schulgänger überhaupt nicht mehr aufgenommen. Dies ließ sich später allerdings nicht durchführen. 1913/14 waren von den 116 Schülern der Anstalt 27 im Internat untergebracht. Dies Verhältnis hat sich in der Nachkriegszeit zuungunsten der Kostgänger verschoben. 1924 mußte die Aufhebung des Internats ernstlich erwogen werden, weil die Mittel zur Unterhaltung immer kleiner wurden. Da sich der Lehrkörper in einem Gutachten aber einstimmig für die Beibehaltung aussprach, entschloß sich der Vorstand, die Weiterführung zu versuchen. Im letzten Schuljahre waren bei einer Gesamtschülerzahl von 98 Kindern zehn männliche und sechs weibliche Zöglinge in der Anstalt als Kostgänger untergebracht. Ihre Unterhaltung geschieht größtenteils auf Staatskosten (Wohlfahrtsamt, Jugendamt). Der Vorstand kann Freistellen, im Gegensatz zu früher, nur noch in Ausnahmefällen vergeben. Die Beaufsichtigung und Pflege der Kinder liegt in den Händen des Anstaltsleiters, der dabei von seiner Gattin und einer Kindergärtnerin unterstützt wird. Während der Sommerferien kommen alle Zöglinge des Internats regelmäßig auf Anstaltskosten in ein Ferienheim.

Neben ihrer rein erzieherischen Tätigkeit hat sich die Taubstummenanstalt von jeher der Taubstummenfürsorge angenommen. Sie hat ihren ehemaligen Zöglingen und allen anderen in Hamburg lebenden Taubstummen mit Rat und Tat stets zur Seite gestanden. Anläßlich ihres 75jährigen Bestehens wurde eine besondere Unterstützungskasse gegründet, aus der vielen Taubstummen finanzielle Hilfe gewährt werden konnte. Durchreisende Taubstumme fanden in der Anstalt ein Unterkommen. Bedürftige Zöglinge wurden als Freischüler erzogen.

Die Not des Krieges und der Gegenwart hat die Taubstummen naturgemäß besonders schwer getroffen. Leider kann die Anstalt jetzt mit materiellen Mitteln wenig helfen, da ihr eigenes Vermögen der Geldentwertung größtenteils zum Opfer gefallen ist. Die Anstalt muß ihre Schutzbefohlenen der öffentlichen Fürsorge überlassen. Sie bemüht sich aber, nach Möglichkeit dazu beizutragen, daß das Los der Taubstummen erleichtert wird. Zu diesem Zwecke hat die Anstalt eine Beratungsstelle für erwachsene Taubstumme im Anstaltsgebäude unter Leitung eines Taubstummenlehrers eröffnet. Die Taubstummenlehrer haben sich, was besonders anzuerkennen ist, freiwillig in den Dienst dieser Fürsorge gestellt. Sie nehmen als Jugendpfleger, Wohlfahrtspfleger, als Dolmetscher und in andern Ehrenämtern die Interessen der Taubstummen im öffentlichen Leben sachkundig und unermüdlich wahr.

Die Taubstummenanstalt erstrebt die obligatorische Hinzuziehung und Anhörung ihrer Organe zu allen Verhandlungen und Beratungen, welche die Taubstummen betreffen (Wohlfahrtsamt, Gesundheitsbehörde, Jugendamt, Arbeitsamt usw.). Am meisten würde sie es begrüßen, wenn sie künftig selbst zum alleinigen Träger der gesamten Taubstummenfürsorge würde.

Auch der evangelischen Seelsorge der Taubstummen nahm sich bisher die Anstalt an. Sie hatte einen Geistlichen gewonnen, der monatlich einmal im Festsaal der Anstalt einen Gottesdienst für erwachsene Taubstumme abhielt. Neuerdings hat die evangelische Landeskirche in Hamburg nach Anhörung des Vorstandes der Taubstummenanstalt einen besonderen Taubstummengeistlichen berufen.

Das jetzige Anstaltsgebäude an der Bürgerweide wurde 1872 erbaut und 1882 erweitert, als der Staat die Schule übernahm. Später wurde der Speisesaal umgebaut. Das Gebäude nimmt einen Flächenraum von 2613 qm ein. Die innere Raumverteilung ist im Laufe der Zeiten verschiedentlich geändert worden. Das Gebäude enthält die Schule und das Internat. Die Ausdehnung der Schule erforderte wiederholt die Bereitstellung weiterer Unterrichtsräume. Die Klassenzahl stieg 1913 auf zehn und 1914 auf zwölf Klassen. Damals mußten die Privatwohnräume des Anstaltsdirektors mit in Anspruch genommen werden. Der Direktor zog in das eigens für ihn auf dem Anstaltsgelände erbaute Wohnhaus. Die wirtschaftliche Not der Nachkriegszeit hat dazu geführt, dieses Haus sowie einige Räume im Erdgeschoß des Hauptgebäudes zu vermieten. Dieser schwer erträgliche Zustand besteht leider heute noch.

DIE HAMBURGER SPRACHHEILSCHULEN

VON W. SCHLEUSS, SCHULLEITER

FÜR die sprachkranken Kinder bieten die Einrichtungen der normalen Volksschule nicht die bestmöglichen Erziehungsgelegenheiten, auf die jedes deutsche Kind nach dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz Anspruch hat. Die sprachkranken Kinder können in der Normalschule nicht die sprachliche Sonderbehandlung erhalten, die zur Überwindung ihres Leidens erforderlich ist; der normale Unterrichtsbetrieb kann auf die sprachlichen, intellektuellen und charakterologischen Eigen- und Abartigkeiten der Sprachleidenden keine genügende Rücksicht nehmen; die Schulumgebung ist für sprachkranke Kinder, wie auch von der Wissenschaft seit langem erkannt ist, eine Quelle ständiger Gefahren in bezug auf Verschlimmerung des Leidens; das sprachkranke Kind fühlt sich unter seinen sprachgesunden Kameraden bedrückt und in Ausnahmestellung befindlich; die für sprachleidende Kinder selbstverständliche Überwachung durch den Facharzt kann in den allgemeinen Unterrichtsanstalten nicht durchgeführt werden. Das sprachkranke Kind bildet anderseits in der Klasse ein den allgemeinen Fortschritt hemmendes Moment; es kann ferner für die zu Sprachleiden neigenden Schulkameraden eine Ansteckungsgefahr werden. In Konsequenz dieser Erkenntnis hat Hamburg wie viele deutsche Schulgemeinden versucht, durch Einrichtung von Sprachheilkursen (1888) die Sprachleiden unter der Schuljugend zu bekämpfen. Diese Kurse waren von privater Seite ins Leben gerufen und bis 1900 durch freiwillige Spenden unterhalten worden. Dann wurden sie von der Oberschulbehörde, die auch schon früher ein gewisses Aufsichtsrecht ausgeübt und durch Subventionen den Bestand gesichert hatte, übernommen. Zur intensiven Durchführung der schulischen Fürsorge für Sprachkranke waren seit 1912 versuchsweise für besonders schwere Stotterfälle Sonderklassen zusammengestellt worden. Die guten Erfolge sowohl in Hinsicht auf Heilung als auch auf die Hebung der Schulfähigkeit besonders bei ganz jungen Schulkindern veranlaßten die Oberschulbehörde, die Versuchsklassen zu einer ständigen Einrichtung zu machen, und als erste deutsche Schulgemeinde konnte Hamburg schon 1921 sprachkranke Schulkinder *jeden* Alters in eine Sonderklasse des *jeweiligen* Jahrganges aufnehmen; die erste Hamburger Sprachheilschule war voll ausgebaut. In den folgenden Jahren wurde noch eine zweite Sprachheilschule eingerichtet. Die Schuleinrichtungen für Sprachkranke basieren auf der von *Gutzmann* begründeten Erkenntnis, daß Sprachleiden, besonders das Stottern, durch pädagogische Behandlung gebessert werden können. Die Tätigkeit der Sprachheilschulen stellt eine Fortführung der Kursusarbeit dar, die durch sie vertieft und erweitert worden ist; *erweitert* in bezug auf den Umfang der zu behandelnden Sprachleiden, *vertieft*, da zu der Sprachbehandlung die allgemeine heilpädagogische hinzugetreten ist.

Als Fürsorgemaßnahme ist in jeder Sprachheilschule eine „Öffentliche Sprechstunde für Sprachleidende" eingerichtet.

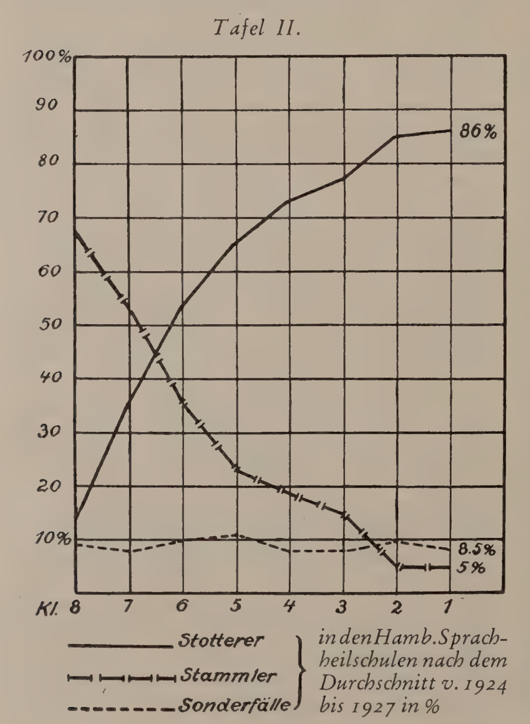
Über die in den Hamburger Sprachheilschulen behandelten Sprachleiden gibt die unter I aufgeführte

Tabelle Auskunft. Sie enthält in etwas gekürzter Form die Ergebnisse unserer Schulstatistik vom 1. November 1927. Nach dem vierjährigen Durchschnitt ergibt sich in der Gruppierung Stottern, Stammeln und Sonderfälle (hauptsächlich Kinder mit Gaumenspalten) das Kurvenbild von II.

Tafel I. Das Schülermaterial der Hamburger Sprachheilschulen (Art der Sprachleiden) 1. Nov. 1927.

Jahrgang u. Anzahl der Klassen	Schülerzahl	Stottern				Stammeln			Sonderfälle
		allein	Stottern und Stammeln	Stottern und Stimmkrankheit	Stottern u. Häufung v. Sprachkr.	Stammeln	Sigmatismus	Stammeln und Häufung anderer Sprachkrankheit.	
8. 2 Kl.	29	24	1	—	—	—	1	1	2
7. 3 Kl.	48	34	8	2	2	—	—	—	2
6. 4 Kl.	66	41	7	—	1	5	6	—	6
5. 3 Kl.	50	30	4	3	—	1	3	5	4
4. 2 Kl.	39	23	3	—	—	2	3	3	5
3. 2 Kl.	42	12	6	1	—	5	6	5	7
2. 4 Kl.	72	20	5	—	1	32	—	5	9
1. 3 Kl.	60	4	4	—	5	16	15	11	5
23 Kl.	406	188	38	6	9	61	34	30	40

Tafel II.



Das bunte Bild in den Klassen für die untersten Schuljahrgänge verändert sich in den Mittel- und Oberklassen dahin, daß die Stotterer vorherrschend werden. Die hier noch gezählten Fälle von Stottern *in Verbindung* mit einem andern Sprachleiden (häufig Lispeln) sind dadurch zu erklären, daß leider noch immer eine Reihe von schweren Stotterfällen *zu lange* in den Volksschulklassen zurückgehalten und erst kurz vor Abschluß der Schulzeit den Sprachheilschulen zugeführt werden. Die Zahl der Sonderfälle (Wolfsrachen) ist auf alle Klassen fast gleichmäßig verteilt. Sie bedürfen erfahrungsgemäß lange Jahre hindurch einer gründlichen, anhaltenden Beeinflussung (s. unten!).

Welche Aufgaben hat die Sonderschule an ihrem kranken Schülermaterial zu erfüllen? Zunächst stellt sie die ihr anvertraute Schuljugend unter die dringend notwendige fachärztliche Aufsicht und vermittelt die Verbindung zwischen Elternhaus und Arzt. Der pädagogischen Tätigkeit des Sprachheillehrers steht als erstes Ziel die Heilung des Sprachgebrechens vor. Die Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung, die in den Schulanfängerklassen als allgemeine Stammler häufig sind, sollen schulreif gemacht werden. Durch besondere pädagogische Maßnahmen sollen auch bei noch nicht erfolgter Heilung die hemmenden Einflüsse des Sprachleidens überwunden werden, so daß die Kinder entsprechend ihren geistigen Anlagen gefördert und vor Verlust von kostbaren Schuljahren, der sie beruflich und wirtschaftlich schädigen müßte, bewahrt werden. Durch verständnisvolle Pflege sollen dem *kranken*, besonders dem stotternden Kinde die ihm oft verhängnisvoll werdenden üblen Schulerfahrungen erspart werden. Der Sprachheillehrer soll ihm ein verständnisvoller Führer und Berater, die Schule ihm zu einem frohen Jugenderlebnis werden. Leider haben die Wünsche der Sprachheillehrer, die von den verantwortlichen Ärzten lebhaft unterstützt wurden, daß ihnen die Durchführung ihrer schweren Aufgabe durch Bereitstellung von modernen, freundlichen, hygienisch einwandfreien Schulhäusern in ruhiger Sonnenlage erleichtert werde, bis jetzt nicht erfüllt werden können. So sind die Sprachheilschulen noch immer in alten, verbrauchten, wenig freundlichen Räumen im Innern der Stadt untergebracht: Stiftstraße 69 und Altonaer Straße 58.

Die Durchführung der Heilarbeit geschieht im Klassenunterricht und in Sonderbehandlung. Der gesamte Unterricht tritt in den Dienst der Sprachbehandlung. Täglich durchgeführte gemeinsame Sprachübungen dienen der Sprachpflege und Sprachhygiene und schaffen die Grundlage der besonderen Heilbehandlung. Von einer streng methodischen

Bindung, wie sie in den *Gutzmann*schen Stotterheilkursen üblich war, wird bewußt abgesehen. Von der Unterrichtszeit, in der das Ziel der Normalschule erreicht werden muß, um Ein- und Abschulungen von und nach der normalen Volksschule zu ermöglichen, ist ein Teil für die Einzelbehandlung reserviert. Die gegen die Volksschule wesentlich verminderte Klassenfrequenz gestattet diese Verkürzung der Unterrichtszeit. Für schwere Einzelfälle, besonders für die mit Gaumenspalten behafteten Kinder, wird eine kursusmäßige Sonderbehandlung durchgeführt. Die kleinen Gruppen werden dazu auf kurze Zeit aus dem Klassenunterricht herausgenommen. Um die bei sprachkranken Kindern oft recht fühlbaren Lücken in den schulischen Leistungen auszufüllen, werden nach Bedarf Förderstunden erteilt. Eine unterrichtliche Schädigung der Sonderschüler muß auf jeden Fall vermieden und der Übergang von der Grundschule zur höheren Schule ebenso wie der Eintritt in den Oberbau der Volksschule offengehalten werden. Die Lösung der Heilaufgabe wird in Zusammenarbeit zwischen Lehrer und Arzt zu erreichen gesucht. Der Befund der ärztlichen Untersuchung bildet den Ausgangspunkt für den Gang der Behandlung. Am deutlichsten tritt das bei der Behandlung der Wolfsrachenkinder hervor. Damit diese Unglücklichen eine möglichst weitgehende Förderung nicht nur im Sprachlichen, sondern auch im allgemeinen Gesundheitszustande erfahren, steht die Schule in Verbindung mit der Poliklinik der Staatskrankenanstalt St. Georg, mit der chirurgischen, nervenärztlichen und der zahnärztlichen Abteilung. Die pädagogischen Maßnahmen werden in Übereinstimmung mit den betreffenden Ärzten gewählt und durchgeführt, wie besonders auch die als notwendig befundene medizinische Behandlung durch die pädagogische vorbereitet oder ergänzt wird. Die Erfolge, die in sprachlicher Hinsicht gerade bei vorhandenen Gaumenspalten erreicht wurden, sind überzeugend und haben auch in ärztlichen Kreisen offene Anerkennung gefunden.

Die Lehrer an den Hamburger Sprachheilschulen sind durch mehrjähriges wissenschaftliches und praktisches Studium auf ihre Aufgabe vorbereitet. Die Ausbildungsvorschriften fordern gründliches Wissen in der Sprachheilkunde und ihren Grundwissenschaften, Phonetik, Sprachpsychologie, allgemeine Anatomie, Physiologie, Psychopathologie usw. Die Bekanntschaft mit medizinischen Wissensgebieten muß von dem Sprachheillehrer gefordert werden, damit der Weg für ein gedeihliches Zusammenarbeiten zwischen Arzt und Lehrer geebnet wird, damit der Lehrer vor gefährlichen Grenzüberschreitungen bewahrt bleibt, die Grenzen pädagogischer Behandlungsmöglichkeiten erkennt und beachtet und nicht aus Unwissenheit die rechtzeitige Herbeiführung medizinischer Behandlung versäumt. Die Sprachheilschulen sind nach ihrer heute bestehenden Organisation eine Schuleinrichtung für geistig normal veranlagte Volksschüler; für schwachbefähigte sprachkranke Schulkinder bestehen Sondereinrichtungen noch nicht. Wie jede andere Volksschule nimmt die Sprachheilschule *Schulneulinge* auf. Diese werden, wenn sie bei der Anmeldung in ihrer Bezirksschule als sprachkrank erkannt sind, sofort der zuständigen Sprachheilschule überwiesen, die ihrerseits nach gründlicher Prüfung unter Mitwirkung des Facharztes entscheidet, ob eine Förderung im Rahmen der normalen Volksschule noch möglich ist, ob die Einschulung in die Sprachheilschule nötig oder der Besuch eines Schulkindergartens zu empfehlen ist. Bei leichteren Sprachgebrechen findet Überweisung an einen der außerhalb der Schulzeit in verschiedenen Schulbezirken abgehaltenen Sprachheilkurse statt. Die Neubesetzung der alljährlich durch Abschulung geheilter Schüler frei werdenden Plätze geschieht in der Weise, daß unter den (auf besondere Aufforderung durch die Oberschulbehörde) von den einzelnen Schulen gemeldeten sprach- und stimmkranken Schülern die schwersten Fälle von den Sprachheillehrern ausgewählt werden. Nachdem die Einwilligung der Eltern zu einer eventuellen Umschulung ihrer Kinder eingeholt worden ist, werden diese in den Räumen der Sprachheilschule dem Spezialarzt zur Untersuchung und Begutachtung über die Notwendigkeit der Sonderbeschulung vorgestellt. Die Kinder nehmen während eines oder mehrerer Tage am Klassenunterricht in der Sprachheilschule teil. Erst auf Grund sorgfältiger Prüfung findet die endgültige Entscheidung statt. Die verfügbaren Plätze reichen bei weitem nicht aus, um auch nur die dringendsten Fälle zu berücksichtigen. Zwei wesentliche Mängel sind in der Organisation der Sprachkrankenfürsorge in der Schule zu beklagen:

1. Widerstand der Eltern gegen die Umschulung; Abhilfe durch gesetzliche Regelung der Heilbehandlung für Sprachkranke;
2. Sprachleiden werden in der Normalschule häufig nicht rechtzeitig erkannt. Hier Wandel zu schaffen, ist Aufgabe des Schularztes, der auch auf Sprachleiden hin zu untersuchen und sprachleidende Kinder in Überwachung zu nehmen hat.

Die Hamburger Sprachheilschulen haben die Zustimmung von Fachlehrern, Ärzten und Wissenschaftlern gefunden und in Reich und Ausland bei Einrichtung gleichartiger Anstalten als Vorbild gedient.

DIE SCHULEN FÜR SCHWERHÖRIGE

VON PAUL JANKOWSKI

SCHWERHÖRIGKEIT als Folge von Ohr- und Gehirnerkrankungen oder als Auswirkung anderer auch den Gesamtorganismus schädigender Krankheiten oder aber als vererbte Anlage ist in den meisten Fällen unheilbar. Wo der ärztlichen Kunst eine Grenze gezogen ist, da muß eine speziell eingestellte Pädagogik vorbeugend und ausgleichend einsetzen.

Im Gegensatz zum Taubstummenbildungswesen Deutschlands, das auf eine 150jährige Vergangenheit zurückblicken kann, ist die Sonderbeschulung der Schwerhörigen erst wenige Jahrzehnte alt. 1894 gründete Brauckmann in Jena eine Privatanstalt für Schwerhörige und Ertaubte, aber erst 1902 entstand in Berlin die erste *öffentliche* Schulklasse für Schwerhörige. Fast ein Jahrzehnt später, 1911, wurde auch in *Hamburg* mit der Schaffung von Einrichtungen zum Unterricht Schwerhöriger begonnen. Durch die schulärztlichen Untersuchungen des Schuljahres 1908 bis 1909 in den Volksschulen war festgestellt worden, daß 1274 Kinder an Mittelohrentzündung, 206 an andern Ohrenkrankheiten litten. Von ihnen hörten 903 Schüler Flüstersprache unter drei Meter, bei 211 Kindern war das Gehör nicht bestimmbar. Als im Schuljahre 1909/10 das Untersuchungsergebnis ähnlich ungünstig war, ließ die Oberschulbehörde in den Volksschulen feststellen, inwieweit die Gehörsminderung die Unterrichtserfolge beeinträchtigte. Es zeigte sich folgendes Bild:

	Hörweite unter 3 m	Hörweite unbestimmbar	Zusammen
	736	312	1048
Davon im 1. Schuljahr	24	91	115
Bleiben	712	221	933
Davon stets versetzt	310	107	417
Nicht versetzt . . .	402	114	516

Von den 516 Nichtversetzten waren 286 einmal, 158 zweimal, 63 dreimal und 9 viermal sitzengeblieben. Die Normalschule ist somit nicht die geeignete Unterrichtsstätte für Schwerhörige. Aber auch die Taubstummenschule mit ihren auf die Bedürfnisse der Taubstummen zugeschnittenen Lehrzielen und Arbeitsweisen kann ihnen nicht voll gerecht werden, da sie ja schon mehr oder weniger Sprachbesitz haben. Diese Erkenntnis führte zu Ostern 1911 zur Einrichtung von zunächst zwei Versuchsklassen für Schwerhörige, aus denen sich in wenigen Jahren ein selbständiges Schulsystem entwickelte, das heute acht aufsteigende Klassen, zwei B-Klassen für Schwachbefähigte und eine Ertaubtenklasse und einen Jahresdurchschnitt von 120 Schülern umfaßt.

Der Schwerhörigenschule werden alle Schüler überwiesen, die infolge herabgesetzter Hörfähigkeit in der Normalschule nicht mit Erfolg unterrichtet werden können, ferner die Spätertaubten, d. h. solche Schüler, die sich bei Eintritt ihres Leidens schon im Besitz der Sprache befanden. Der Spezialohrenarzt der Schwerhörigenschule und Vertreter des Lehrkörpers stellen bei den von der Volksschule an Hand eines Fragebogens gemeldeten Kindern in gemeinsamer Untersuchung fest, ob Sonderbeschulung für sie erforderlich ist. In Zusammenarbeit zwischen Spezialarzt und Schule werden die Schüler sodann durch die ganze Schulzeit beobachtet. Kann eine genügende Besserung des Gehörs konstatiert werden, so erfolgt Rücküberweisung zur Normalschule.

Die Arbeitsmethode der Schwerhörigenschule hat mit der der Taubstummenanstalt gemein einen grundlegenden Unterricht in der Artikulation und Stimmbildung und eine durch die ganze Schulzeit fortgesetze sorgfältige Sprechpflege. Wie dort wird auch das Ablesen des Gesprochenen vom Munde in besonderen Stunden geübt und als Verständigungsmittel im gesamten Unterricht gebraucht. Außerdem aber werden nicht nur die vorhandenen Hörreste für den Unterricht ausgenutzt, sondern in systematischer Weise wird das geschwächte Gehör geübt. Die steigende Hörerfahrung und die Unterstützung durch die optische Perzeption der Sprache (Ablesen vom Munde) führen zu einer Steigerung der zentralen Gehörsperzeption, die irrtümlicherweise oft als Besserung des Gehörs selbst angesehen wird. Eine solche ist aber nur in Ausnahmefällen zu beobachten, viel häufiger tritt mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung sogar bis zu völliger Taubheit ein. — Die gekennzeichneten Eigentümlichkeiten des Schwerhörigenunterrichts bedingen eine Individualbehandlung jedes einzelnen Schülers, die nur in kleinen Klassen durchführbar ist. Daher ist die Schülerzahl einer Klasse auf höchstens zwölf begrenzt. Die Schülerpulte (Einzelpulte) sind in Hufeisenform angeordnet, um jedem Kinde das Ablesen der Sprache von allen Mitschülern zu ermöglichen. Die Begriffs- und Spracharmut der Schwerhörigen macht größte Anschaulichkeit des Unterrichts und daher einen besonders reichhaltigen Lehrmittelschatz notwendig. Auch erfordern die phonetischen, pathopädagogischen und psychologischen Sonderaufgaben des Schwerhörigenunterrichtes spezialistisch vorgebildete Lehrkräfte. Daher sind sämtliche Fachkräfte der hamburgischen Schwerhörigenschule geprüfte Taubstummenlehrer.

Die Tatsache, daß eine große Anzahl der Schüler an noch nicht abgeschlossen, z. T. auch durch den Allgemeinzustand oder häusliche Verhältnisse bedingten Ohrkrankheiten leidet, macht nicht nur eine ständige ohrenärztliche Überwachung und oft langwierige Ohrbehandlung der Schüler notwendig, sondern auch eine besonders sorgsame allgemeinärztliche und soziale Fürsorge und Schulpflege.

Die starke Inanspruchnahme des Auges im Unterricht macht größte Schonung und Pflege desselben zur Pflicht. Die Klassenzimmer der Schwerhörigenschule müssen daher gut belichtet sein. Auch sollte die Schwerhörigenschule als Sammelschule für das ganze Stadtgebiet zentral gelegen sein.

Die Schwerhörigenschule wird nicht in allen Fällen das Ziel der Volksschule erreichen. Sie hat ihre Aufgabe erfüllt, wenn sie ihre Schüler für das Berufsleben tüchtig macht und durch geeignete Maßnahmen ihnen den Verkehr mit ihren Mitmenschen erleichtert. Alljährlich verlassen 30 bis 40 junge Menschen die Schule und kommen fast ausnahmslos im Erwerbsleben gut unter. So hat sie sich als ein notwendiges und wichtiges Glied im hamburgischen Gesamtschulwesen erwiesen.

DAS HILFSSCHULWESEN HAMBURGS

VON DR. FR. RÖSSEL

DIE Hilfsschule erfaßt die Schüler, die auf Grund allgemeiner geistiger Schwäche in der Normalschule nicht die dauernde und weitgehende Hilfe finden, deren sie für ihre erziehliche und unterrichtliche Betreuung bedürfen.

Ausgeschlossen sind geisteskranke, blödsinnige und erheblich schwachsinnige, blinde, taubstumme, schwerhörige, mit stärkeren Anfällen behaftete, schwer epileptische und sittlich entartete Kinder. Auch gehören Kinder, die nur wegen ungünstiger äußerer Verhältnisse zurückgeblieben sind, nicht in die Hilfsschule.

Es ist nicht anzustreben, den Hilfsschüler in die Normalschule zurückzuversetzen; vielmehr soll er den in sich abgeschlossenen Ausbildungsgang der Hilfsschule bis zum Abschluß der Schulpflicht durchmachen.

Kinder, deren geistige Schwäche ohne Zweifel festgestellt ist, sind möglichst früh aus der Normalschule in die Hilfsschule überzuführen.

Vor der Einschulung in die Hilfsschule sind alle in Betracht kommenden Umstände, die die geistige Schwäche bedingen, genau und umfassend zu prüfen. Die Prüfung wird ausgeführt von einem Ausschuß, dem angehören: der zuständige Schulrat als Vorsitzender, Schularzt und der Hilfsschulleiter.

Für jeden Hilfsschüler ist ein Personalbogen zu führen, der Aufschluß gibt über die gesamte Entwicklung des Schülers, insbesondere auch über die körperliche Entwicklung und über die Maßnahmen zur körperlichen Kräftigung und Ertüchtigung, Schutz und Pflege des Schülers bilden einen wesentlichen Teil der Hilfsschularbeit.

Das Hilfsschulwesen Hamburgs hat sich seit seiner Einrichtung 1892 in rascher Folge entwickelt; es bestanden 1893: eine Klasse mit 20 Schülern, 1 Lehrerin; 1927 (1. Februar): 11 selbständige Hilfsschulen mit 111 Klassen und 2075 Schülern (1241 Knaben und 834 Mädchen), 143 Lehrkräfte. Hinzu kommt noch die Hilfsschule im Landheim Besenhorst, dem Jugendamt Hamburg unterstehend, mit 224 Schülern (170 Knaben und 54 Mädchen). Es ergibt sich demnach eine Gesamtzahl von 2398 Hilfsschülern bei einer Gesamtschülerzahl von 80 241 Volksschülern (Volksschulen und Schulen des Jugendamtes), ein Prozentsatz von 2,98. Die Alsterdorfer Anstalten unterhalten ebenfalls noch eine Schule mit 99 Schülern (71 Knaben und 28 Mädchen). Bergedorf hat eine Hilfsschule mit 78 Schülern (47 Knaben und 31 Mädchen, 5 Lehrkräfte); in Cuxhaven bestehen 2 Hilfsschulklassen.

Zwei Hilfsschulen Hamburgs besitzen für die Aufgaben der Schule eingerichtete Schulgebäude, die andern sind in älteren Normalschulhäusern oder in ehemaligen Privathäusern untergebracht. Drei Neubauten sind geplant. Auch die Bergedorfer Hilfsschule besitzt ein Heim, das als Hilfsschule gebaut wurde. Die Hilfsschulen sind in die einzelnen Schulkreise eingegliedert und unterstehen den jeweils zusändigen Schulräten. Das Schulsystem der Hilfsschule ist sechsstufig.

An den Schulbesuch der Hilfsschule schließt sich ein dreijähriger Besuch der allgemeinen Gewerbeschule an, die besondere Abteilungen für ehemalige Hilfsschüler eingerichtet hat. Jugendamt, Arbeitsamt und die Zentrale für Berufsberatung unterhalten gleichfalls besondere Abteilungen für Hilfsschüler. Der Gedanke, daß dem Hilfsschüler nur wahrhaft geholfen werden kann, wenn man sich seiner auch über die Schulzeit hinaus annimmt, gewinnt mehr und mehr Boden. Der Hilfsschüler muß als Lebensgestalt aufgefaßt werden, und dementsprechend sind alle betreuenden Maßnahmen zu treffen. Ihn auf die Stufe eines sozialnützlichen Gliedes zu heben, ist eine unabweisbare Pflicht aller Kreise, die mit ihm in Berührung kommen.

FÜRSORGE FÜR SCHWERHÖRIGE UND ERTAUBTE: DRUIDENHILFE

VON W. FEHLING, SCHWERHÖRIGENSCHUL-VORSTEHER A. D.

SOLANGE in Deutschland Gehörgeschädigte, — Schwerhörige, Ertaubte und Taubstumme — unterrichtet und erzogen worden sind, wurden sie auch fürsorgerisch betreut. Die Fürsorgearbeit erstreckte sich naturgemäß über die Schulzeit hinaus auch auf das weitere Leben und wurde von Anstaltslehrern oder von Gehörgeschädigtenvereinen ausgeübt. Auch für die im Jahre 1911 gegründete Schwerhörigenschule in Hamburg stellte sich die Notwendigkeit planmäßiger Fürsorgearbeit heraus; Lehrkörper und der im Jahre 1912 entstandene Schutzverband der Schwerhörigen übernahmen in gemeinsamer Arbeit die geistige, wirtschaftliche und seelische Fürsorge. Eine erhebliche Verbreiterung und Vertiefung dieser Sozialarbeit trat im Februar 1915 ein, als die ersten gehörgeschädigten Kriegteilnehmer zurückkehrten, zur Erlernung des Absehens der Sprache vom Mundbild. Durch das tatkräftige und vorbildliche Zusammenarbeiten von Oberschulbehörde, Gesundheitsbehörde und Landesausschuß für Kriegsbeschädigte konnten in der Schwerhörigenschule über 200 Kriegsertaubte unterrichtet und fürsorgerisch betreut werden; die damaligen, gleich in den ersten Kriegsmonaten entstandenen Einrichtungen haben anregend und wegweisend gewirkt.

Die in den Nachkriegsjahren einsetzende Umgestaltung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse ließ die Erhaltung und Zentralisation aller bisherigen Fürsorgegebiete für gehörgeschädigte Kinder und Erwachsene wünschenswert erscheinen. Der Plan fand bei den hamburgischen Ohrenärzten lebhafte Förderung und wurde auch von der Gesundheitsbehörde, Wohlfahrtsbehörde und Oberschulbehörde befürwortet: das Ergebnis war die Einrichtung einer eigenen Dienststelle im Mittelpunkt der Stadt — Steinstraße 1 — als Schwerhörigenfürsorge. Als Leiter ist ein Heilpädagoge, der Verfasser dieser Zeilen, tätig und als Fürsorgerin eine Angestellte der Wohlfahrtsbehörde.

Die Kosten für den Dienstbetrieb, ursprünglich von Privatpersonen und vom Staat getragen, bestreiten seit Beginn der Inflation die Druiden-Logen Groß-Hamburgs. Somit stellt die Schwerhörigenfürsorge — alter Hamburger Tradition folgend — eine bewegliche und leistungsfähige Einrichtung der freien Wohlfahrtspflege dar, die ihre übernommenen sozialen und gemeinnützigen Fürsorgeaufgaben im engsten Einvernehmen mit den staatlichen Behörden zu erfüllen sucht und allen Besuchern unentgeltlich Rat und Hilfe gewährt.

Die Fürsorgestelle betreute bis jetzt 3320 Gehörgeschädigte und wurde in den Berichtsjahren 1926 und 1927 von 3100 bzw. 2962 Personen in Anspruch genommen.

Der Grund der Inanspruchnahme ist aus folgender Tabelle zu ersehen:

	1924		1925		1926		1927	
1. Berufsberatung, -Umschulung, Lehrstellenvermittlung und Lehrzeitüberwachung		188		162		108		119
2. Arbeitsnachweis		489		398		393		306
3. Schwerbeschädigtenanerkennung		28		35		26		11
4. Rechtsauskunft		409		317		386		348
Davon: Heirat	—		6		18		10	
Scheidungen	—		48		43		54	
Alimentationen, Pflegschaften	25		82		38		27	
Kündigungen	—		10		12		5	
Renten	121		94		131		100	
Klagen, Miete- und Wohnungsauskünfte	95		56		127		94	
Allgemeine Auskünfte	168		21		17		58	
5. Steuer		147		67		1002		1073
6. Absehunterrichtsnachweis		95		105		62		45
7. Hörapparateprüfung		234		450		519		429
8. Armbinden und Abzeichen		—		35		117		124
9. Kuraufenthalt, Heimunterbringung		28		132		119		145
10. Arztnachweis		11		68		98		71
11. Darlehen, Wohlfahrtsunterstützung		142		153		99		144
12. Kleidung, Speisung		12		21		43		34
13. Besprechungen		529		524		659		611
Davon: Vertrauliche Aussprachen	310		246		213		291	
Allgemeine Aussprachen und Beratungen	219		278		446		320	
14. Hausbesuche		—		—		111		98
15. Jugendpflege: Wanderungen		38		21		14		}
Zusammenkünfte		20		9		6		} 15
Nähabende		—		3		15		}
16. Umschulung schulpflichtiger Kinder		—		12		6		—

KRIPPEN, TAGESHEIME (WARTESCHULEN) UND KINDERGÄRTEN, HORTE, SCHULKINDERGÄRTEN

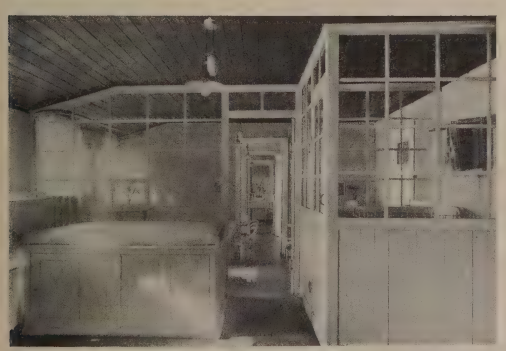
VON STAATSRAT DR. BUEHL, VORSITZENDER DES AUSSCHUSSES FÜR KINDERANSTALTEN

1. KRIPPEN.

KRIPPEN sind Anstalten, die Kinder arbeitender Mütter im Alter von 14 Tagen bis zu 3 Jahren tagsüber aufnehmen. Die Krippen sind im allgemeinen zur Aufnahme von 20 bis 30 Kindern eingerichtet und sollen den an ein modernes Säuglingsheim zu stellenden hygienischen Anforderungen genügen. Sie bedeuten daher eine sehr kostspielige Form der Fürsorge. Dadurch ist die Entwicklung des Krippenwesens unleugbar aufgehalten worden. Aber solange eine große Zahl von Müttern gezwungen ist, außerhäuslichem Erwerbe nachzugehen und deshalb sich von ihrem Kinde in zartem Alter zu trennen, muß diesen Müttern aus sozialen und wirtschaftlichen, wie insbesondere auch aus bevölkerungspolitischen Gründen die Möglichkeit gegeben sein, ihr Kind einwandfrei unterzubringen. In Hamburg sind zur Zeit zehn Krippen vorhanden. Nach den Erfahrungen von Jugendbehörde und Wohlfahrtsbehörde reicht diese Zahl nicht aus, um dem Bedürfnis zu genügen. Es bleibt aber zu bedenken, daß die Schwankungen für das Anstaltsgebiet der halboffenen Fürsorge außerordentlich groß sind und daß deshalb die Bedürfnisfrage sorgfältig zu prüfen ist. Die Krippen stehen heute in ihrer Arbeit nicht mehr isoliert da, sondern befinden sich in enger Zusammenarbeit insbesondere mit der offenen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und mit der Jugendbehörde, der in Hamburg die Sorge für alle unehelichen Kinder obliegt. Von Interesse dürfte sein, daß 50 v. H. aller Krippenkinder in Hamburg Kinder unehelicher Mütter sind, 30 v. H. eheliche Kinder arbeitender Mütter, 10 v. H. Kinder getrennt lebender Eltern und 10 v. H. Kinder aus wirtschaftlich gefährdeten Verhältnissen. Charakteristisch für Hamburg ist, daß ein großer Teil der Krippen in früheren Privathäusern, die für Krippenzwecke hergerichtet wurden, untergebracht ist. Bild 1 stellt eine während der Nachkriegszeit in einer Steinbaracke errichtete Notkrippe dar, deren Bauart viele Vorzüge besitzt; als Isolierraum dient hier die im Vordergrunde ersichtliche Isolierbox im Aufnahmebad. Bild 2 zeigt neben einer reichlichen Zahl von Kindertoiletten den mit Außenlüftung versehenen Topfschrank. Zur zweckmäßigen Kontrolle der Verdauungsvorgänge beim Krabbel- und Kleinkind ist die Benutzung des Topfes von großer Bedeutung, auch wird dadurch das Pflegepersonal stärker zur Beobachtung erzogen.

Für die Krippen ist selbstredend eine geregelte ärztliche Aufsichtsführung unentbehrlich; wo eine Anstalt durch den ehrenamtlich tätigen Arzt nicht regelmäßig besucht werden kann, stellt der Ausschuß für Kinderanstalten (S. 315) einen der von ihm angestellten Kinderärzte zur Verfügung. Die in den Krippen tätige Schwesternschaft ist auf dem Gebiete der Säuglings- und Kleinkinderpflege fachlich ausgebildet und verfügt auch über Erfahrungen in der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Im Interesse der erziehlichen Maßnahmen für das Kleinkind werden in den Krippen je nach dem daselbst befindlichen Kindermaterial des öfteren auch Kindergärtnerinnen eingestellt.

Das Mißtrauen, das den Krippen früher entgegengebracht wurde, ist heute fast völlig verschwunden, was wohl auf das Sinken der epidemischen Erkrankungen in den Krippen zurück-



Krippe mit Isolierbox



Kindertoiletten und Topfschrank in einer Krippe

zuführen ist. Kann, zumal in der halboffenen Fürsorge, die Einschleppung solcher Erkrankungen auch nie ganz vermieden werden, so ist durch vorbeugende Maßnahmen die Ausbreitung eingeschleppter Krankheiten doch häufig aufzuhalten. Nach dieser Richtung die Anstaltsleiterinnen auf das sorgfältigste zu schulen, betrachtet der Ausschuß für Kinderanstalten als eine besonders wichtige Aufgabe.

Bei der Errichtung von Krippen wird möglichst darauf Bedacht genommen, daß die Krippe in der Nähe einer Kleinkinderanstalt der halboffenen Fürsorge liegt, um den Müttern, die häufig mehrere Kinder haben, die Unterbringung nicht durch weite Wege von der einen Anstalt zur andern zu erschweren. Von den bestehenden zehn Krippen liegen acht nicht weiter als sechs Minuten von der nächsten Kleinkinderanstalt entfernt.

Sämtliche Krippen werden von privaten Vorständen geleitet. Der Ausschuß für Kinderanstalten zahlt aus den ihm vom Staate zur Verfügung gestellten Mitteln die Gehälter; die Betriebsunkosten können in der Regel aus den Pflegegeldeinnahmen und durch die Hilfe der privaten Wohltätigkeit gedeckt werden.

2. TAGESHEIME (WARTESCHULEN) UND KINDERGÄRTEN.

Während für Säuglinge und Schulkinder schon seit geraumer Zeit mancherlei Maßnahmen hygienischer und sozialer Fürsorge getroffen sind, war das Verständnis, das man der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kleinkindes in dem Zwischenalter von zwei bis sechs Jahren entgegenbrachte, noch vor kaum zehn Jahren recht gering. Erst der im Kriege einsetzende und unter dem Drucke der Nachkriegsverhältnisse andauernde Geburtenrückgang ließ weitere Kreise der Bevölkerung nach und nach zu der Einsicht gelangen, daß nur eine auch das Kleinkind mitumfassende Fürsorge dazu helfen könne, uns einen gesunden Nachwuchs zu sichern.

In Hamburg gab es schon seit 100 Jahren einzelne Anstalten, die sich der einer genügenden Beaufsichtigung entbehrenden Kleinkinder annahmen. Aber diese Fürsorge beschränkte sich im wesentlichen auf eine „Aufbewahrung" der Kinder, wie das in Anstalten, in denen bis zu 150 oder gar 200 Kinder von einer einzigen Angestellten betreut werden sollten, auch gar nicht anders möglich war. Daß in der Zeit vom zweiten bis zum fünften Lebensjahre des Kindes der Grund für seine künftige geistige Entwicklung gelegt wird und daß diese Jahre auch für sein späteres körperliches Gedeihen von entscheidender Bedeutung sind, wurde wenig beachtet. Dank der Aufklärungsarbeit der Kleinkinderpädagogik, auf deren Fortschritten die praktische Arbeit des Ausschusses sich aufbaut, ist hierin Wandel eingetreten. Man ist sich darüber klar, daß das Kleinkind instinktiv nach dem Maß von Ruhe und Behagen verlangt, wie es ihm ein regelrechtes Familienleben gewährt. Die alte „Bewahranstalt" mit ihrem Massenbetriebe vermochte dem Kinde diese Ruhe und Gleichmäßigkeit nicht zu bieten, sie wirkte eher erdrückend und einschüchternd und war dem Heranreifen des Kleinkindes zum Schulkind nicht förderlich. Anderseits sucht das geistig erwachende Kind in seiner Umgebung Anregung und Stoff zu selbständigem Handeln, und wenn ihm durch die Trennung von der Familie das Teilnehmen an den kleinen Freuden des häuslichen Lebens versagt wird, so muß die hier eingreifende ergänzende Fürsorge diesem Bedürfnis nach Möglichkeit Rechnung tragen. Hamburg hat in der Umstellung seiner Anstaltsfürsorge für das Kleinkind schon mancherlei erreicht, doch bleiben noch große Aufgaben zu erfüllen. Stärker als seither muß die Kleinkinderanstalt zu einem örtlichen Mittelpunkt werden, um das richtige Kindermaterial zu erhalten; die dazu nötige enge Zusammenarbeit mit der Wohlfahrtsbehörde und mit der offenen Fürsorge der Landeszentrale für Säuglings- und Kleinkinderschutz ist angebahnt.

Die Tagesheime werden ausschließlich von Kindern besucht, die aus zwingenden Gründen der Fürsorge in der eigenen Familie entbehren müssen. Die früher in Hamburg übliche Bezeichnung „Warteschule" ist mit der weiteren Entwicklung der Anstalten, die jetzt vielfach auch Schulkinder aufnehmen, um Geschwister familienartig zusammenhalten zu können, in den Namen „Tagesheim" umgewandelt worden, der besser zum Ausdruck bringt, daß die Anstalt den Kindern tagsüber das eigene Heim ersetzen soll. Das Tagesheim betreut Kinder im Alter von drei bis vierzehn Jahren und gewährt volle Verpflegung. Auch die Tagesheime haben vielfach versucht, in geeigneten Privathäusern unterzukommen, die dann den hygienischen Anforderungen entsprechend ausgebaut worden sind. Auf möglichste Wahrung des Familiencharakters ist überall entscheidendes Gewicht gelegt. Kleinere, den Altersklassen entsprechend eingerichtete behagliche Räume nehmen die aus 15 bis 20 Kindern bestehende Gruppe auf, und Aufgabe der Kindergärtnerin oder Hortnerin ist es, die körperlichen und geistigen Kräfte der Kinder zu entwickeln, die Verschiedenheiten ihrer Anlagen und ihrer Gemütsart zu verstehen und auf die Kinder in richtiger Weise einzuwirken.

An den Anstalten sind staatlich geprüfte Jugendleiterinnen und Kindergärtnerinnen oder Hort-



Kindersonnenbad im Stadtpark

nerinnen tätig; nur vereinzelt finden sich noch ältere Angestellte, bei denen mit Rücksicht auf die langjährige Bewährung von nachträglicher Ablegung der Prüfung abgesehen werden konnte. Der Ausschuß für Kinderanstalten führt die Aufsicht über die Anstalten und vereinigt die pädagogischen Kräfte in Zusammenarbeit mit seiner pädagogischen Fachdezernentin zu regelmäßigen Arbeitsbesprechungen. Die ärztliche Versorgung wird durch die Kinderärzte des Ausschusses für Kinderanstalten regelmäßig durchgeführt. Von großer Bedeutung ist eine enge Zusammenarbeit der Anstalten mit dem Elternhause, zumal in Anbetracht der erziehlichen Schädigungen, wie sie in der Nachkriegszeit als Folge der Wohnungsnot oder wirtschaftlicher Zerrüttung häufig aufgetreten sind und noch auftreten.

Die Notwendigkeit, möglichst viele Tagesheimkinder einer Erholungsfürsorge zuzuführen, hat den Ausschuß für Kinderanstalten mit Hilfe privater Mittel im Stadtpark ein Sonnenbad schaffen lassen, dem gesundheitlich gefährdete Kinder nach ärztlicher Auswahl für acht Wochen überwiesen werden. Dort können sie dann unter den günstigsten gesundheitlichen Bedingungen alle Freuden des freien Herumtollens genießen. Die beigefügten Bilder zeigen die Art der Einrichtung und wie das Leben der Kinder im Sonnenbad sich abspielt. Durch die von der Hochbahngesellschaft für die tägliche Beförderung der Kinder gewährte Fahrpreisermäßigung wird die Benutzung der Einrichtung wesentlich erleichtert.

Hamburg besitzt 21 Tagesheime (Warteschulen) und außerdem 22 Kindergärten; von letzteren werden acht von privaten Inhaberinnen geführt. Die Kindergärten sind nur von 9 bis 1 Uhr geöffnet und werden zumeist von Kindern aus dem kleinen Gewerbe- und Mittelstand besucht, deren Mütter vormittags durch den eigenen Geschäftsbetrieb in Anspruch genommen oder häuslich überlastet sind.

Die häufig beobachtete Überfüllung der Tagesheime und Kindergärten läßt erkennen, daß die vorhandenen Anstalten der halboffenen Fürsorge dem Bedarf nicht genügen. Gewiß wirkt die wirtschaftliche Lage auf den Besuch dieser Anstalten ein. Aber anderseits ist sicher, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse auf absehbare Zeit nicht zu einer Verminderung der Frauenarbeit führen werden, sondern eher auf deren Steigerung hindrängen. Zudem wissen wir, daß heute noch zahlreiche aufsichtslose Kleinkinder von der dringend notwendigen Fürsorge nicht erfaßt werden. Soll also das Kleinkind zu seinem Recht kommen, dann muß ihm und der Stätte, die seine zweite Heimat ist, aus allen Kreisen des Volkes erhöhtes Verständnis und Interesse entgegengebracht werden.

3. HORTE.

Die Kinderhorte haben die Aufgabe, schulpflichtigen Kindern im Alter von sechs bis vierzehn Jahren, denen das Elternhaus eine regelrechte Beaufsichtigung und Erziehung nicht gewähren kann, in den Nachmittagsstunden ein behagliches Heim zu bieten. Das Bedürfnis nach Hortfürsorge wird, zumal in der Großstadt, von Jahr zu Jahr dringender. Zahlreich sind die Kinder, deren Eltern außerhäus-



Kindersonnenbad im Stadtpark

licher Beschäftigung nachzugehen gezwungen sind; oft sind es auch schlimme Wohnungsverhältnisse oder die sittlichen Zustände in der Familie, die das körperliche und geistige Wohl der Kinder bedrohen. Standen den Kindern ehedem für ihr Spiel Straßen und öffentliche Plätze zur Verfügung, so macht die gewaltige Steigerung des Verkehrs heute deren Benutzung unmöglich; dazu kommen die sittlichen Gefahren, denen das Großstadtkind auf der Straße vielfach ausgesetzt ist.

Man sollte erwarten, daß dieser Entwicklung in einem starken Aufblühen des Hortwesens das nötige Gegengewicht erwachsen wäre. Das trifft für Hamburg leider nicht zu. Zwar bestehen hier zur Zeit 29 Horte, darunter 18 Horte für Mädchen, 6 für Knaben und 5 Horte, die Knaben und Mädchen gemeinsam aufnehmen. Damit ist aber bei 180 Volksschulen dem Bedarf nicht annähernd genügt. Zudem kann bei der jetzigen Unterbringung der Horte, die durchweg auf Schulräume angewiesen sind, der Zweck der Hortfürsorge nur unvollkommen erreicht werden. Mehr noch als das Kleinkind hat das Schulkind Sinn für häusliche Behaglichkeit, vermißt es Vater und Mutter, vor denen es andere Sorgen und Nöte auszubreiten hat als das Kleinkind. Zwar kann das Elternhaus durch außerhäusliche Fürsorge niemals voll ersetzt werden. Aber gerade darum ist es in verdoppeltem Maße Pflicht und Aufgabe des Hortes, dem Schulkind an Freuden zu geben, was ihm irgend geboten werden kann. Kleine, auf die verschiedenen Altersstufen zugeschnittene Gruppenzimmer sollen die Pflege eines kameradschaftlichen Geistes fördern; der Werkraum, der Turnsaal, der Spielplatz, der behagliche Leseraum, dazu Wasch- und Baderäume zu angemessener Körperpflege — das alles darf in einem vorbildlich eingerichteten Hort nicht fehlen. Leider ist bisher nur in einer einzigen Anstalt, dem von einem gütigen Gönner gestifteten Kinderheim der Auferstehungsgemeinde, Eimsbüttelerstraße 34, den Hortkindern eine solche ideale Heimat bereitet. Im übrigen stehen, wie schon erwähnt, zum größten Teil nur Schulräume zur Verfügung, in denen die Kinder schon den Vormittag verbringen mußten und die nichts Anheimelndes für sie haben. Dem bei der jetzigen Wohnungsnot naheliegenden Wunsche, wenigstens in Schulneubauten eigene Horträume zu schaffen, ist bisher wegen finanzieller Bedenken die Erfüllung versagt geblieben. Um so größere Anerkennung gebührt den Vorständen sowie den Leiterinnen und Hortnerinnen, die heute versuchen müssen, mit so unzulänglichen Mitteln ihrer Aufgabe gerecht zu werden. — In enger Zusammenarbeit mit den Schulen, mit der Jugendbehörde und der Wohlfahrtsbehörde gilt es, die der Hortfürsorge am meisten bedürftigen Kinder zu erfassen. Gerade aus diesen Kreisen erfahren die Leiterinnen durch die Einwirkung nachlässiger oder unverständiger Eltern mitunter Schwierigkeiten, die nur mit größter Geduld und selbstloser Liebe zu überwinden sind. Der Tageslauf im Hort spielt sich im allgemeinen so ab, daß nach Erledigung der Schulaufgaben Turnen und Spiel, Werktätigkeit oder Lektüre, je nach der Eigenart der Kinder, gepflegt werden. Im Sommer ziehen viele Horte ins Freie, wo die Kinder sich in gemieteten kleinen Schrebergärten betätigen





Kinder im Hamburger Stadtpark

oder zeitweilig an der Elbe sich den Freuden der örtlichen Erholungspflege hingeben können.

Erhebliche Schwierigkeiten bereitet die Finanzierung, denn gerade in den Horten, deren Pfleglinge vielfach den ärmsten Volkskreisen entstammen, darf das Pflegegeld nicht zu hoch bemessen werden; erfreulicherweise stehen hinter manchen Horten auch heute noch private Kreise mit laufenden Beihilfen.

Der Ausbau des Hortwesens gehört zu den dringendsten Aufgaben zielbewußter Jugendwohlfahrtspflege. Immer wieder ist der hohe Wert vorbeugender Fürsorge, zumal für das heranwachsende Geschlecht, zu betonen; rechte Betreuung aufsichtsloser Großstadtkinder verhütet Verwahrlosung und ist auch, rein materiell betrachtet, lohnend. Hier gilt in besonderem Sinne das Wort:

„Vorbeugen ist besser als Heilen".

4. SCHULKINDERGÄRTEN.

Von Schulrat E. Thüme.

Von den 12 000 bis 15 000 Kindern, die in Hamburg jedes Jahr das schulpflichtige Alter erreichen, müssen regelmäßig 400 bis 500 als noch nicht schulreif um ein Jahr zurückgestellt werden. In vielen Fällen macht die Entwicklung dieser Kinder auch in diesem Jahre keine nennenswerten Fortschritte, da das Haus nicht in der Lage ist, ihnen die nötige Fürsorge angedeihen zu lassen, geistig noch weniger als körperlich. Um diesen infolge von Krankheit oder Vernachlässigung zurückgebliebenen Kindern zu helfen, sind von der Oberschulbehörde besondere Einrichtungen ins Leben gerufen, die als Schulkindergärten bezeichnet werden. Zur Zeit bestehen sechs solcher Anstalten, die je 25 bis 30 Kinder aufnehmen können.

Es ist die Aufgabe dieser Schulkindergärten, ihren Zöglingen die fehlende oder ungenügende Mutterschule zu ersetzen. Darum wird der Körperpflege besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Kinder bekommen zum Frühstück eine Milchsuppe oder Kakao und Weißbrot. Sie bewegen sich so oft als möglich im Freien. Einfache gymnastische Übungen wechseln mit Ruhepausen, in denen jede Störung von ihnen ferngehalten wird. Sie stehen unter ärztlicher Überwachung und werden, wenn es nötig ist, in Erholungsheime oder Heilstätten verschickt.

Die Beschäftigung der Kinder dient im übrigen neben der Befestigung geordneter Lebensgewohnheiten der Übung der Sinne, der Hand und der Sprachwerkzeuge. Märchenerzählungen, Pflanzen- und Tierpflege und Gesang sorgen für die Pflege der Phantasie und des Gemüts. Der Vorstellungskreis der Kinder wird geklärt und erweitert; schulmäßiger Unterricht wird nicht erteilt.

Die Schulkindergärten sind in der Regel in zwei Klassenräumen einer Volksschule untergebracht. Sie sind dieser Schule aber in keiner Weise angegliedert; sie werden selbständig von einer Jugendleiterin unter Aufsicht des zuständigen Schulrats geleitet. Ein Zwang zum Besuch des Schulkindergartens besteht nicht. Über die Aufnahme entscheidet eine Kommission, der ein Nervenarzt, die Leiterin des Fröbelseminars, ein Hilfsschulleiter, die Leiterin des Kindergartens sowie der zuständige Schulrat als Vorsitzender angehören. Dieselbe Kommission stellt am Schlusse des Jahres nach sorgfältiger Prüfung jedes einzelnen Kindes fest, ob die Schulreife erreicht ist. In den letzten beiden Jahren besuchten 166 und 171 Kinder die sechs Schulkindergärten. Davon wurden 65 v. H. der Volksschule und 14 v. H. der Hilfsschule überwiesen. 20 v. H. mußten noch ein Jahr im Schulkindergarten bleiben. Ein Kind kam in die Sprachheilschule und zwei wurden als dauernd schulunfähig von der Schulpflicht befreit. Eins davon wurde in den Alsterdorfer Anstalten aufgenommen.

DIE ALSTERDORFER ANSTALTEN

VON DIREKTOR PASTOR STRITTER



Bodelschwinghhaus Straßenfront

DIE Alsterdorfer Anstalten verdanken ihre Entstehung dem hamburgischen Pastor *D. Dr. Heinrich Sengelmann*, geboren 1821, gestorben 1899. In seiner ersten ländlichen Gemeinde Moorfleth gründete er 1850 aus örtlichem Bedürfnis heraus eine Bewahranstalt für Kinder, die zu verwahrlosen drohten; zehn Jahre später verlegte er sie nach Alsterdorf. Er war inzwischen (1853) Prediger an der Michaeliskirche in Hamburg geworden, und in dieser großstädtischen Massengemeinde sammelte er die Erfahrungen, die ihn dazu drängten, sich auch der Idioten anzunehmen. Für diese war überall erst unverhältnismäßig wenig geschehen. 1857 erschien die aufrüttelnde Schrift des Pastors *Disselhoff* in Kaiserswerth „Die gegenwärtige Lage der Cretinen, Blödsinnigen und Idioten in den christlichen Ländern; ein Not- und Hilferuf für die Verlassensten unter den Elenden an die Deutsche Nation“, die auch Sengelmann in seinem Entschluß bestärkte. 1863 eröffnete er mit vier Zöglingen in einem bescheidenen Häuschen in Alsterdorf ein „Asyl für schwach- und blödsinnige Kinder“, das bald in anfangs ungeahntem Maße wuchs, so daß immer neue Erweiterungen erforderlich wurden.

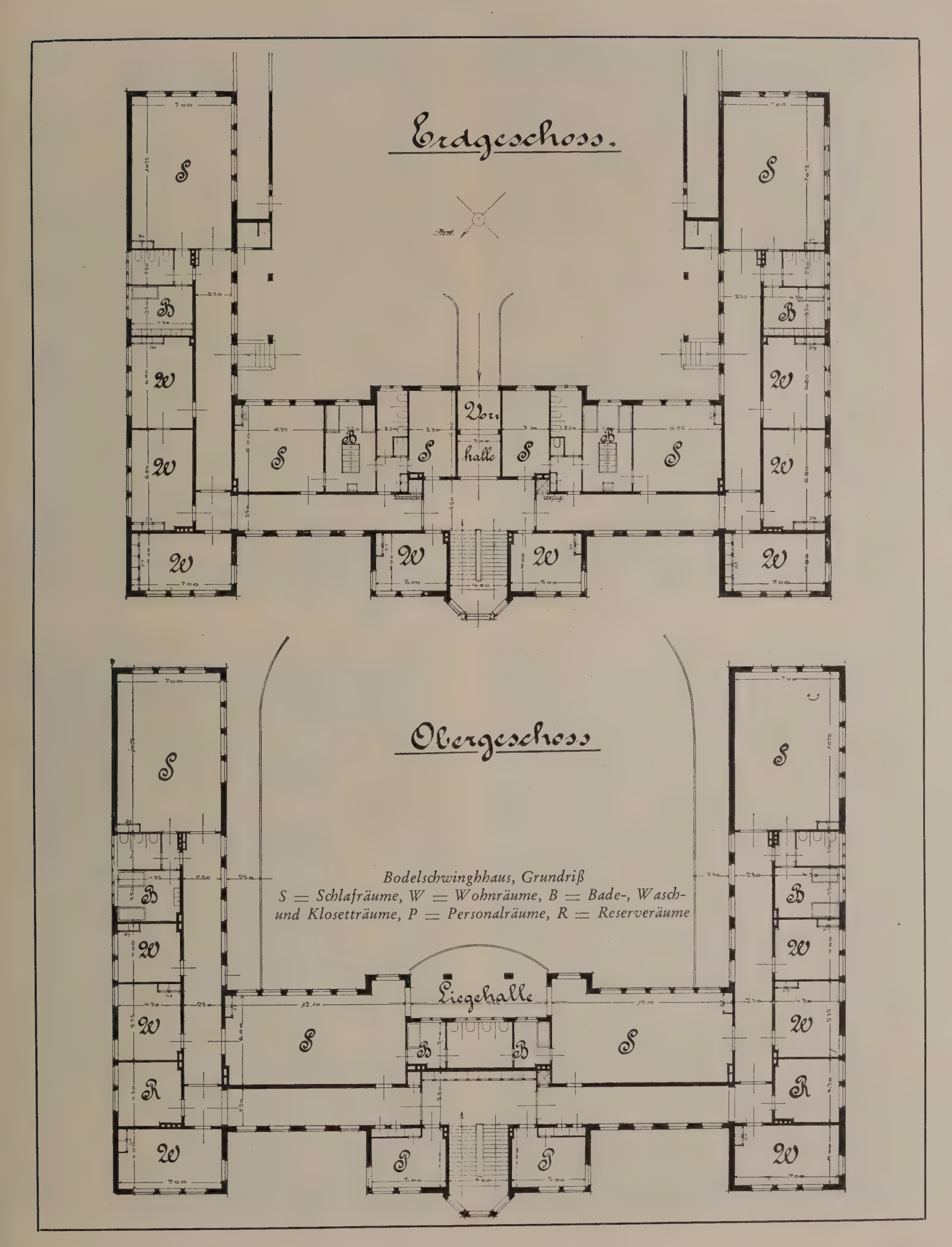


Bodelschwinghhaus, Hofseite

Sengelmann erkor die Schwachsinnigenfürsorge mehr und mehr zu seiner Lebensarbeit und gab 1867 sein städtisches Pfarramt freiwillig auf, um sich ihr ganz zu widmen. Er wirkte Jahrzehnte hindurch als anerkannter Bahnbrecher durch Wort und Schrift weit über Hamburgs Grenzen hinaus, begründete 1874 in Verbindung mit mehreren Idiotenanstaltsvorstehern, darunter *Dr. med. Kind* in Langenhagen, die „Konferenz



Beamtenwohnungen und Kanzlei



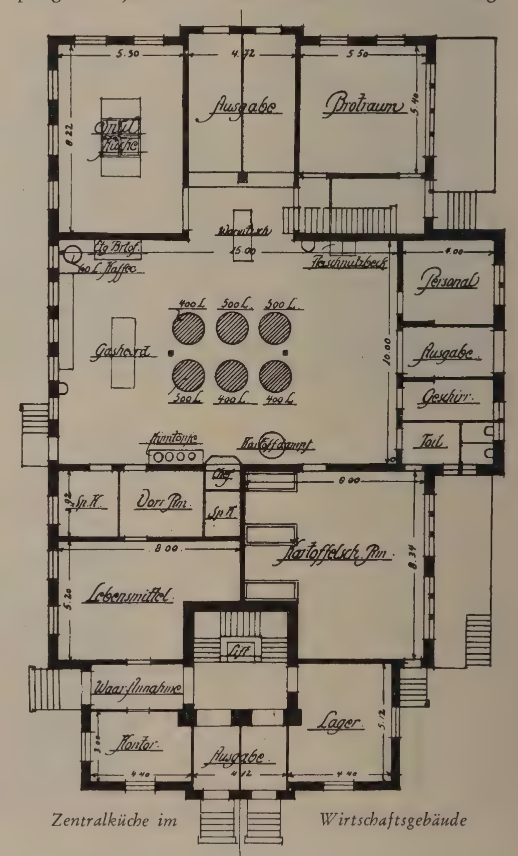
Bodelschwinghhaus, Grundriß
S = Schlafräume, W = Wohnräume, B = Bade-, Wasch- und Klosetträume, P = Personalräume, R = Reserveräume

für Idiotenheilpflege“, die sich später zu dem noch heute bestehenden „Verein für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher“ konsolidierte, und schrieb auch das erste systematische Lehrbuch für Idiotenheilpflege „*Idiotophilus*“, erschienen 1885. Die solide Grundlage für *Sengelmanns* Wirken in die Weite bildeten die eigenen Erfahrungen in seinen „Alsterdorfer Anstalten“, deren Ausbau nach außen wie im Innern ihn unablässig beschäftigte. Bei seinem Tode im Jahre 1899 zählten die Anstalten etwa 600 Pflegebefohlene. Unter der Leitung seines Nachfolgers Pastor *Stritter* ist das Wachstum — mit natürlicher Unterbrechung durch die Kriegs- und die ersten Nachkriegsjahre — stetig fortgeschritten. Die beigefügte *Gesamttabelle* gibt einen Überblick über den heutigen Stand.

Die Alsterdorfer Anstalten haben ihre unabhängige Stellung auf dem Boden der Inneren Mission bewahrt. Sie ersetzen dem Hamburgischen Staat eine eigene Schwachsinnigen- und Epileptikeranstalt, beherbergen auch die meisten der schleswig-holsteinischen anstaltsbedürftigen Schwachsinnigen und Epileptischen und nehmen ihre Zöglinge selbstverständlich ohne Unterschied der Konfession auf. Staatliche Subvention erhalten sie jedoch nicht. Eine noch zu Sengelmanns Zeiten vom Hamburgischen Staat gegebene größere Summe wurde ausdrücklich als Ausgleich für die dem Aufwande der Anstalten nicht voll entsprechenden Kostgeldleistungen gekennzeichnet. Die zum 50jährigen Anstaltsjubiläum im Jahre 1913 erhaltene Staatsspende von 150 000 M., die den Bau des wertvollen Schulhauses ermöglichte, stellte eine Anerkennung der dem Staat geleisteten Dienste dar. Bei den verhältnismäßig gering bemessenen Kostgeldern waren die Anstalten von jeher auf Liebesgaben angewiesen, namentlich wenn bauliche Erweiterungen nötig wurden. Von Zeit zu Zeit haben besondere Aufrufe Neubauten ermöglichen helfen. Auch gegenwärtig ist der Platzmangel wieder sehr drückend. Der Bau von zwei Baracken und eine Erweiterung des Krankenhauses sind im Werke. Die „Briefe und Bilder aus Alsterdorf“, die mehrmals jährlich, jetzt im 52. Jahrgange, erscheinen und von der Arbeit der Anstalten berichten, werden in 5000 Exemplaren gedruckt. Neuerdings dient auch ein Film, der das Leben und Treiben in den Anstalten darstellt, zur weiteren Bekanntmachung.

Die geistige Nacht und Dumpfheit der Schwachsinnigen nach Möglichkeit zu lichten, war von Anfang an Sengelmanns Hauptanliegen. Darum nimmt der schulmäßige *Unterricht* der irgend bildungsfähigen Kinder bis auf den heutigen Tag einen wichtigen Platz ein. Neben ihm und zum Teil schon mit ihm verflochten ist die Erziehung zur *Werktätigkeit* von hervorragender Bedeutung. Die Grundsätze der später sogenannten und allgemein in Aufnahme gekommenen „Beschäftigungstherapie“ wurden in Alsterdorf von jeher praktisch angewendet. Die Tabelle gibt einen Begriff von dem Umfang der Arbeitserziehung. Großer Wert wird auch auf Spiel und anregende Unterhaltung gelegt, wobei die Zöglinge eifrig mitwirken und ihre Angehörigen dankbare Zuhörer und Zuschauer sind (Unterhaltungsabende mit Deklamationen, Gesang, Reigen und anderen kleinen Aufführungen). Für Musik und Gesang, die mit Hingabe gepflegt werden, haben viele Zöglinge große Vorliebe und Verständnis.

Die *Ärzte* der Anstalten sind dauernd bestrebt, ihre Forschungen und Erfahrungen für weitere Kreise fruchtbar zu machen. Während der Kriegszeit und zunächst nachher konnte die wissenschaftliche Betätigung naturgemäß weniger zur Geltung kommen. Der im Januar 1924 verstorbene langjährige Oberarzt Professor Dr. Hermann *Kellner* pflegte alljährlich durch Demonstrationsvorträge



Zentralküche im Wirtschaftsgebäude


Kinder im Garten


Flechterei


Schuhmacherei


Schülerarbeiten

über seine wissenschaftlichen Beobachtungen an dem reichen Krankenmaterial der Anstalten dem Hamburger Ärztlichen Verein zu dienen. Auch hat er in Fachzeitschriften oft das Wort genommen; wohl die Mehrzahl seiner Veröffentlichungen betraf die Epilepsie und ihre Behandlung. K. war ein überzeugter Anhänger der Opium-Brom-Kur. Seine im Jahre 1912 nach 25jähriger Tätigkeit in Alsterdorf herausgegebene Schrift „Die Hamburger Idioten- und Epileptiker-Anstalt in Alsterdorf in Wort und Bild“ enthält u. a. eine wissenschaftliche Gruppierung der Zöglinge mit Rücksicht auf ihre körperlichen Degenerationszeichen mit Abbildungen nach eigenen Photographien. Zur Zeit wirken als Anstaltsärzte ein Oberarzt und zwei Hausärzte.

Ein gemeinverständliches, kurzgefaßtes Handbüchlein für alle, die mit Schwachsinnigenfürsorge zu tun haben, zugleich ein Ratgeber für Angehörige schwachsinniger Kinder, ist die jüngste Schrift des Direktors Pastor Paul *Stritter:* „Das schwachsinnige Kind“.

WIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGE.

Grundbesitz in Alsterdorf: 14 ha. 40 Haupt-, 20 Nebengebäude (Schule, Kirche, Krankenhaus, Festsaalgebäude), Gärtnerei, Gartenanlagen, Spielplätze.

Eigener Besitz im benachbarten holsteinischen Kreise Stormarn: Gut Stegen, 242 ha. Äcker 12 ha, Wiesen 50 ha, Weiden 60 ha, Forst 29 ha, 12 Haupt-, 4 Nebengebäude.

Pachtland in Alsterdorf und Ohlsdorf: 80 ha.

Viehstand insgesamt: 39 Pferde, 198 Stück Rindvieh, 385 Schweine, 150 Stück Geflügel.

Einnahmen und Ausgaben 1927: über 1 Million. Einnahmen an Kostgeldern: rund 1 000 000 Rm., Einnahmen an Liebesgaben: rund 25 000 Rm.

DIE ANSTALTSBEWOHNER.

A. Zöglinge. Gesamtzahl seit der Gründung: rund 5800. Gesamtzahl am 1. Januar 1928: 1022, männlich 549, weiblich 473. Davon aus Hamburg: männlich 357, weiblich 305, aus Schleswig-Holstein: männlich 158, weiblich 157, von Privaten verpflegt: männlich 34, weiblich 11.

BESONDERE KRANKHEITSFORMEN.

Epilepsie	männlich 100,	weiblich 95
Porencephalie	„ 16,	„ 10
Athetose	„ 11,	„ 8
Lues congenita	„ 39,	„ 29
Kretinismus u. Myxödem	„ 2,	„ 5
Mongolismus	„ 11,	„ 13
Kinderlähmung	„ 15,	„ 12
Folgen von Kopfgrippe	„ 3,	„ 4
Muskelschwund	„ 5,	„ 2
Blind	„ 6,	„ 5
Taubstumm	„ 1,	„ 4

B. Personal. Männlich: 1 Direktor, 3 Ärzte, 1 Sekretär und 2. Geistlicher, 1 Oberinspektor, 4 Oberhelfer und Inspektoren, 3 Lehrer, 10 Kanzlei-, Lager- und Pfortenpersonal, 33 im Pflegedienst (einschl. Oberwärter und Hauspfleger), 1 Buchbinder, 1 Gärtner, 2 Klempner, 1 Korbmacher, 1 Kutscher und Kraftwagenführer, 5 Maler, 8 Maschinisten und Heizer, 4 Maurer, 2 Sattler, 4 Schneider, 5 Schuhmacher, 4 Tischler, 2 Wächter, 2 Waschpersonal, 1 Zimmermann, 4 landwirtsch. Personal in Ohlsdorf, 18 in Stegen. *Zusammen 121.*

Weiblich: 1 Hausmutter, 1 Erste Gehilfin, 5 Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen, 4 Kanzleipersonal, 40 im Pflegedienst (einschl. Hausschwestern und Nachtwachen), 10 Küchen- und Eßsaalpersonal, 25 Schneiderinnen und Näherinnen, 9 Waschpersonal, 3 mit Hausarbeit beschäftigt. In Stegen 3 Haus- und Küchenangestellte. *Zusammen 101.*

PFLEGE, UNTERRICHT, ERZIEHUNG.

Abteilungen insgesamt: männlich 25, weiblich 24. Etwa 50 v. H. können nur verpflegt werden.

Schule: 2 Vorbereitungsklassen, 6 aufsteigende Unterrichtsklassen, 3 Arbeitsschulklassen, Fortbildungsunterricht. Reichlich 100 Schulkinder, 8 Lehrkräfte.

BESCHÄFTIGUNGSGEBIETE DER ARBEITSFÄHIGEN.

Männlich:

Schuhmacherei und Pantoffelmacherei	10	Mattenflechterei	12
Schneiderei	7	Retflechterei	6
Tischlerei	4	Klüterei	2
Zimmerei	2	Gemüsegärtnerei	12
Maurerei	4	Blumengärtnerei	6
Klempnerei	3	Landwirtschaft	36
Malerei und Glaserei	2	Fuhrwesen und Abfuhrwesen	6
Sattlerei und Matratzenmacherei	6	Lager	2
Maschinenhaus und Schlosserei	4	Innendienst	46
Heizungen	5	Kartoffel- und Gemüsekeller	5
Korbmacherei	10	Außenarbeit	35
Buchbinderei	8	Botendienst	6
Bürstenmacherei	5	Holzspalten und Retaussuchen	17
Stuhlflechterei	3		

Weiblich:

Küche	6	Wäscherei	12
Kartoffelschälstube	30	Garderobe	20
Brotkammer	2	Handarbeit	25
Eßsaal	8	Hausarbeit und Abteilungshilfen	75
Plättstube	10		

Insgesamt: männlich 264, weiblich 188.

ANSTALTEN DES JUGENDAMTES

VON DIREKTOR HELLMANN

DA nach hamburgischem Landesrecht das Jugendamt zugleich mit der Durchführung der Fürsorgeerziehung beauftragt ist, verfügt es über eine größere Anzahl von Pflege- und Erziehungsanstalten, die sowohl von Wohlfahrtszöglingen wie von Fürsorgezöglingen besetzt sind. Abgesehen von den besonders bedenklichen Fällen letzterer Kategorie, werden beide Arten von Zöglingen ungetrennt erzogen. In allen Anstalten besteht eine scharfe *ärztliche Überwachung*.

Von besonderer Bedeutung ist diese in der *Aufnahmestation der Beobachtungs- und Verteilungsanstalt Averhoffstraße 7*. Durch sofortige Untersuchung wird verhütet, daß die neu aufgenommenen Kinder und Jugendlichen Infektionskrankheiten oder Ungeziefer einschleppen. Reinigungsbäder, Isolierungen und eine etwa 14 bis 16 Tage währende *Quarantäne* in ganz kleinen Gruppen wirken in dieser Richtung zusammen.

In der ältesten und immer noch größten Anstalt des Jugendamtes, dem *Waisenhause* (Averhoffstraße 5), das nur noch zum geringsten Teile eigentliche Waisenkinder enthält, vielmehr allen den Kindern Aufenthalt bietet, die aus irgendeinem Grunde nicht in freie Pflege gegeben werden können, besteht eine Krankenstation mit 100 Betten. Bei ansteckenden Krankheiten erfolgt sofortige Verlegung in die staatlichen Krankenhäuser. Für Sonderbehandlungen arbeiten nebenamtlich je ein Nasen- und Ohrenarzt, ein Zahnarzt und ein orthopädischer Arzt. Außerdem werden die Polikliniken und andere entsprechende Einrichtungen in Anspruch genommen.

Das *Waldheim Bergedorf* auf dem Gojenberge nahe der Sternwarte, das *Ferienheim Siemershöhe* in Süd-Langenhorn und das *Landheim Besenhorst* sind Filialen des Waisenhauses mit besonderer ärztlicher Versorgung. In dem letztgenannten Landheim befinden sich die schwachbefähigten Schulkinder einschließlich der Leichtschwachsinnigen. Überall sind ausreichende Krankenstationen.

Die *Erziehungsanstalten für Knaben* in Ohlsdorf, Alsterdorfer Straße 502, und *für Mädchen* in Ohlsdorf, Feuerbergstraße, sind Sonderanstalten für Schwererziehbare. Für beide Anstalten fungiert ein Spezialarzt für Geschlechtskrankheiten im Nebenamt. In der Mädchenanstalt ist ein verhältnismäßig umfangreiches Krankenhaus für Lues- und Gonorrhoepatientinnen und außerdem eine gesonderte Schulmädchenabteilung für Gonorrhoe-Rekonvaleszenten.



Eingang zum Waisenhaus Averhoffstraße 5



Kindergruppen vor dem Waldheim Bergedorf

Das *Mädchenheim Alstertwiete* ist ein Asyl und Durchgangsheim für obdachlose Mädchen und Frauen. Jeden Morgen nach der Aufnahme findet die Untersuchung durch eine Ärztin und erforderlichenfalls Überführung in ein allgemeines Krankenhaus statt.

Das *Haushaltungsheim* oder *Annaheim Lohkoppelweg* (Alsterdorf) dient zur hauswirtschaftlichen Ausbildung von noch nicht berufstüchtigen Mädchen zwischen 14 und 16 Jahren und hat einen eigenen Vertrauensarzt.



Ärztliche Untersuchung in der Aufnahmestation Averhoffstraße 7

VERTRAUENSSTELLE FÜR VERLOBTE UND EHELEUTE (EHEBERATUNG)

VON DR. HANS NEVERMANN, GESUNDHEITSBEHÖRDE

IN den Räumen der Gesundheitsbehörde ist seit Anfang Winter 1927 eine Eheberatungsstelle oder besser gesagt eine Vertrauensstelle für Verlobte und Eheleute eingerichtet. Diese Einrichtung wird, durch die Gesundheitsbehörde weitgehendst unterstützt und gefördert, getragen von einer privaten Vereinigung. Von der Mehrzahl der sonst in Deutschland und speziell von den in Preußen eingerichteten Eheberatungsstellen unterscheidet sich die Hamburger Eheberatungsstelle recht wesentlich. Während jene hauptsächlich eine ärztliche Untersuchung vor Eingehen einer Verlobung oder Ehe und ein ärztliches Zeugnis über Eheeignung erstreben, sind die Aufgaben unserer Hamburger Stelle gänzlich andere. Man ist hier der Auffassung, daß die Ehe ein sehr umfassendes und auf sehr vielen verschiedenen Fundamenten ruhendes Gebilde ist, bei dem die medizinische Seite wohl einen sehr wichtigen, aber keineswegs den einzigen Faktor darstellt. Um von vornherein auf den umfassenden Aufgabenkreis einer solchen Stelle hinzuweisen, ist schon statt des engeren Ausdrucks „Eheberatungsstelle" der etwas umfassendere Name „Vertrauensstelle für Verlobte und Eheleute" gewählt worden.

Das nachstehende Schema veranschaulicht den Wirkungskreis und das Arbeitsprogramm der Vertrauensstelle. Rat und Hilfe suchend sollen kommen und kommen auch nicht nur Verlobte und Eheleute, sondern auch Entlobte und Geschiedene, sowie junge und ältere Leute beiderlei Geschlechts, an die die Fragen einer Verlobung oder der Ehe mit all ihren mannigfaltigen Beziehungen in irgendeiner Form herangetreten sind. Die Vertrauensstelle hört an und gibt Gelegenheit zu eingehender vertraulicher Aussprache über die den Ratsuchenden beschäftigende Angelegenheit. In manchen Fällen genügt schon die vertrauliche Aussprache mit dem unparteiischen und neutralen Berater und ein eventuell rein menschlich gegebener Rat zur Klärung der Fragen.

Manchmal gelingt es auch, nach Anhören beider Ehegatten in Streitfragen zu vermitteln und Mißverständnisse zu beseitigen.

In vielen Fällen aber besteht die Aufgabe der Vertrauensstelle darin, in mehr oder weniger eingehender Aussprache das Wesentliche und Ursächliche des ganzen jeweiligen Fragekomplexes herauszufinden und nun den Ratsuchenden an die betreffende Stelle zu verweisen und zu empfehlen. Dies ist häufig der Arzt, und zwar je nach Lage der Dinge der Hausarzt, ein praktischer Arzt oder ein Facharzt. Die Ratsuchenden werden nicht an einen bestimmten Arzt verwiesen. Ein großer Teil der Ärzteschaft Hamburgs hat sich bereit erklärt, sich in den Dienst dieser Beratung zu stellen. Die Namen dieser Ärzte liegen in einem Verzeichnis mit Angabe des Sprechstundenortes und der Sprechstundenzeiten in der Beratungsstelle vor. Die mit einem Empfehlungsschreiben der Vertrauensstelle kommenden Patienten sind Privatpatienten dieser Ärzte. Daß bei der Berechnung des eventuellen Honorars auf Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Patienten weitgehendst Rücksicht genommen wird, versteht sich von selbst.

Manchmal sind mehr oder weniger komplizierte Fragen der Vererbung zu beantworten. In diesen Fällen wird die Hilfe des erbbiologischen Instituts in Anspruch genommen.

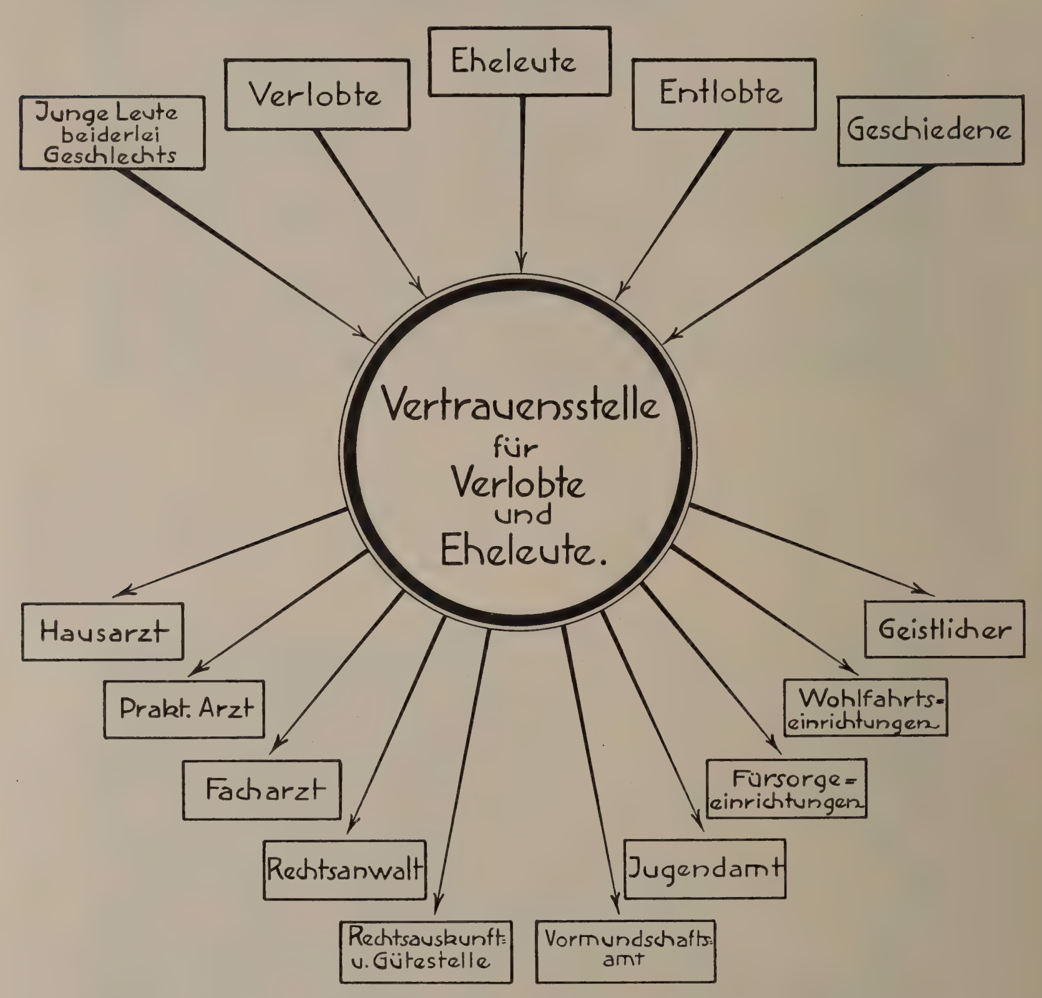
Oft handelt es sich aber nicht um medizinische Dinge. Die Überweisung der Ratsuchenden hat dann zu erfolgen an einen Rechtsanwalt, an die Rechtsauskunft- und Gütestelle, an einen Geistlichen, an die Vormundschaftsbehörde und an das Jugendamt, an die sonst vorhandenen Fürsorge- oder Wohlfahrtseinrichtungen. Auf eine möglichst enge Zusammenarbeit mit all diesen Stellen wird natürlich Wert gelegt.

Daß auch Fälle vorkommen, die nicht nur in einer Richtung Rat und Hilfe begehren, sondern bei denen verschiedene Hilfsquellen in Anspruch genommen werden müssen, ist selbstverständlich. Hier bildet dann die Vertrauensstelle die Zentrale, in der alle Fäden zusammenlaufen, die alles vereint; die andererseits den einzelnen Stellen Auskunft und Unterlagen geben und auch dadurch helfen kann. Denn in der Vertrauensstelle wird über jeden Fall in Form ganz kurzer Aufzeichnungen Buch geführt. Das ist zu einer wirkungsvollen Arbeit unbedingt erforderlich. Es wird dagegen von den Ratsuchenden nicht unbedingt die Angabe von Namen und Wohnung *verlangt*. Wer unerkannt bleiben will, wird in den Listen der Vertrauensstelle unter einer Nummer geführt.

Die Sprechstunden der Vertrauensstelle sind so gewählt, daß es jedem ermöglicht ist, die Vertrauensstelle aufzusuchen. Zur Zeit werden wöchentlich drei Sprechstunden abgehalten, zweimal des Abends

von 7 bis 9 Uhr, einmal vormittags von 10 bis 12 Uhr. Oft muß allerdings die Sprechstunde wesentlich ausgedehnt werden.

Die Beratung in der Vertrauensstelle erfolgt kostenlos. Die Berater verrichten ihre Arbeit ehrenamtlich. Für eventuell notwendige Hausbesuche, die Person für diesen Posten sein wird. Wichtig ist aber, daß der Berater über alle Fragen, die an ihn herantreten, ausreichend orientiert ist. Zur Zeit sind in der hiesigen Vertrauensstelle ein Arzt und zwei Damen mit medizinischer und juristischer Ausbildung tätig.



die Richtigkeit der Angaben, die in der Sprechstunde gemacht sind, zu bestätigen haben und die einen oft wertvollen und notwendigen Einblick in das Milieu der Ratsuchenden geben, haben sich einige Damen und Herren zur Verfügung gestellt.

Nach allem Gesagten ist es klar, daß als Berater zwar nicht unbedingt ein Arzt erforderlich ist, daß aber ein Arzt im allgemeinen doch die geeignetste

Da die Einrichtung dieser Vertrauensstelle für Eheleute und Verlobte in Hamburg noch jung ist, so bewegt sich die Inanspruchnahme der Beratungsstelle noch in mäßigen Grenzen. Im ersten Vierteljahr 1928 hat die Zahl der Ratsuchenden im Durchschnitt 55 pro Monat betragen, wobei aber bemerkt werden muß, daß die Zahl im allmählichen Ansteigen begriffen ist.

SCHWANGERENFÜRSORGE

VON DR. HANS NEVERMANN

EIN kostbares Gut eines Volkes und eines Staatswesens ist seine Nachkommenschaft. Die Sorge für diese ist daher ein wichtiger Faktor in der Sozialhygiene. Aus dieser Erkenntnis heraus ist die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge entstanden. Das noch weitergehende Bestreben aber, nicht erst dem Säugling eine besondere Sorgfalt angedeihen zu lassen, sondern schon die wachsende Leibesfrucht und ihre Trägerin, die werdende Mutter, allen schädigenden Einflüssen möglichst zu entziehen, ließ den Begriff der „Schwangerenfürsorge" entstehen.

Um die Berechtigung dieser Schwangerenfürsorge ist viel gestritten worden. In früheren Zeiten ist sie gewiß nicht vonnöten gewesen. Die Verhältnisse lagen damals ja im allgemeinen so, daß in jeder Familie ein Hausarzt tätig war, der in gesunden und kranken Tagen der Familie als Berater zur Seite stand. In der Schwangerschaft suchte die Frau außerdem rechtzeitig eine Hebamme auf und ließ sich auch von dieser untersuchen und beraten. Und die Geburt wurde im eigenen Heim der werdenden Mutter von der gleichen Hebamme unter eventuell notwendig werdender Hinzuziehung des Hausarztes geleitet.

Heute liegen die Dinge aber so, daß es den Hausarzt im alten Sinne leider fast gar nicht mehr gibt. Die Mehrzahl aller Geburten findet in Anstalten statt, die von den Frauen oft erst beim Einsetzen der Wehen aufgesucht werden. Während der Schwangerschaft suchen die Frauen nur dann Rat und Hilfe bei der Hebamme oder beim Arzt, wenn sie Schmerzen haben. Viele werdende Mütter gehen einem Beruf nach und wollen durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht ihre Arbeitsstelle verlieren. Dieses alles hat wieder zur Folge gehabt, daß besondere Gesetze und Bestimmungen erlassen wurden, die die Schwangeren und Wöchnerinnen unter besonderen Schutz stellen und ihnen besondere Ansprüche an die Träger der sozialen Versicherungen gewähren. Diese gänzlich andern Verhältnisse sind es, neben der oben erwähnten, bei sinkender Geburtenzahl besonders wichtigen Fürsorge für die Nachkommenschaft, aus denen die „Schwangerenfürsorge" die Berechtigung ihres Entstehens und Bestehens ableitet.

Was wird nun unter „Schwangerenfürsorge" verstanden? Auch hierüber gehen die Meinungen auseinander. Hier in Hamburg verstehen wir unter Schwangerenfürsorge eine Schwangerenberatung. Jede Schwangere, ohne Unterschied von Stand, Stellung und Vermögen, hat die Möglichkeit, sich in einer Sprechstunde der Schwangerenfürsorge unentgeltlich beraten (nicht behandeln) zu lassen. Die Beratung erstreckt sich auf ärztliche Dinge, wie Feststellung einer normalen Kindslage, normaler Schwangerschaftsverhältnisse und normalen Körperbaues, Abweichungen von der Norm, Feststellung von Ödemen und vorsichtigen Hinweis auf die Schwangerschaftstoxikosen, Hinweis auf die Möglichkeit des Vorliegens einer Placenta praevia, Hinweis auf die Gefahren und Behandlungsmöglichkeiten bei Gonorrhoe und Lues oder dergleichen ärztliche Dinge mehr, und es wird Rat erteilt, ob und wann ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen ist. Dazu kommt ferner die Besprechung über Zeit und Ort der Entbindung und die dazu zu treffenden Vorbereitungen. Die Beratung der Schwangeren soll in besonderem Maße auch erfolgen auf anderm Gebiet, wie beispielsweise Bekanntmachen und Erläutern der für die Schwangere wichtigen Gesetzesbestimmungen und Verordnungen, Hinweis auf die Rechte und Pflichten der Sozialversicherung. Die Schwangerenfürsorge soll auch die Hilfe anderer Fürsorgestellen, Wohlfahrtseinrichtungen und eventuell in Frage kommender Behörden vermitteln. Sie will also helfen und auf jedem Gebiet für die Schwangere sorgen.

Eine weitere wichtige Frage ist, wer soll die Schwangerenfürsorge treiben? Der berufenste Träger für die Schwangerenfürsorge ist m. E. die Ärzteschaft. Ausübend tätig ist in der Beratungsstunde der Schwangerenfürsorge entweder ein Facharzt für Geburtshilfe oder besser noch ein auf dem Gebiet der Geburtshilfe ausreichend erfahrener praktischer Arzt, der auch das Gebiet der Sozialversicherung und der Sozialfürsorge beherrschen muß. Ihm zur Seite steht als Gehilfin eine Hebamme. Die Hebamme ist hinsichtlich ihrer Ausbildung und ihrer Berufserfahrung die einzig gegebene Gehilfin des Arztes in der Schwangerenberatungsstunde. Selbstverständlich ist, daß die Auswahl aus der Zahl der Hebammen sorgfältig erfolgen muß und daß die für diesen Posten ausersehenen Hebammen mit den einschlägigen Bestimmungen der sozialen Gesetzgebung vertraut sein und Kenntnis haben müssen über die sonst bestehenden Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen. Wichtig ist ferner, daß die Schwangerenfürsorge im Interesse der unverehelichten Schwangeren in enger Fühlungnahme steht mit dem Jugendamt. Zweckmäßig ist schließlich eine Anlehnung und ein Hand-in-Hand-Arbeiten mit der Säuglingsfürsorge.

In Hamburg bestehen in den einzelnen Stadtbezirken Schwangerenfürsorgestellen, auf die die werdende Mutter durch das hier wiedergegebene Plakat hingewiesen wird. Nach Möglichkeit sind die

Schwangerenfürsorgestellen in den gleichen Räumen wie die Säuglingsfürsorge untergebracht. Dort werden an bestimmten Wochentagen meist in den Abendstunden die Beratungstunden abgehalten. Der jeweils dort tätige Arzt untersucht unter Mithilfe der Hebamme und berät die Schwangeren und überweist sie gegebenenfalls zur genaueren Untersuchung und Behandlung an einen praktischen Arzt oder an einen entsprechenden Facharzt. Er bespricht mit den Schwangeren alle sonst die Schwangerschaft oder die Geburt betreffenden Fragen und hilft in der oben angegebenen Weise. Manchmal wird es nötig sein, Hausbesuche zu machen, um über Wohnungs- und Lebensverhältnisse der Rat suchenden Schwangeren genauere Kenntnis zu erhalten oder sonstige Ermittlungen anzustellen. In einigen Fällen übernimmt die in der Beratungsstelle tätige Hebamme diese Hausbesuche. Meist aber werden sie von den Fürsorgerinnen der Säuglingsfürsorge mit ausgeführt, und diese berichtet dann dem Fürsorgearzt über ihre Ermittlungen. Das hat den Vorteil, daß die Säuglingsfürsorgerin, die ja später nach der Geburt des Kindes doch diese Familie betreuen wird, schon vorher mit allen diesen Fall betreffenden Besonderheiten vertraut wird. Andererseits wird sicher auch von den Säuglingsfürsorgerinnen manche werdende Mutter aus den Familien, die schon zu den von der Säuglingsfürsorge betreuten gehört, der Schwangerenfürsorge zugeführt. Und dadurch wieder die Wirkungsmöglichkeit der Schwangerenfürsorge erweitert und vergrößert zum Wohle unseres Volkes und der kommenden Generation.



SCHWANGERENFÜRSORGE DES JUGENDAMTS

VON DR. ELLEN SIMON

DAS Jugendamt hat seit mehreren Jahren eine besondere Abteilung „Fürsorge für werdende Mütter" eingerichtet, in der zur Zeit drei Gesundheitsfürsorgerinnen tätig sind. Das obige Bild ist durch Vermittlung der Gewerbeaufsicht in einer großen Zahl von industriellen Betrieben mit weiblicher Belegschaft ausgehängt worden, außerdem in allen Polizeiwachen und Bezirksbureaus, in den Warteräumen der Sozialbehörden und der Krankenkassen, in staatlichen und Privatkrankenhäusern, Polikliniken, sowie bei einigen praktischen Ärztinnen. Es soll dazu dienen, die unehelichen Mütter schon vor der Geburt ihres Kindes mit dem Jugendamt und der Amtsvormundschaft in Verbindung zu bringen, sie zu einer gesundheitsmäßigen Lebensweise in ihrem und des Kindes Interesse anzuhalten und sie in dieser Beziehung wirksam zu unterstützen. In allen notwendigen Fällen werden die hoffenden Frauen dem Kassenarzt oder dem Institut für Geburtshilfe zugeführt. Zu ihrer Kräftigung erhalten sie, so weit sie sich nicht aus eigenen Mitteln eine ausreichende Ernährung beschaffen können, 14tägig $^1/_2$ Pfd. Butter und sechs Eier.

Auf die Schutzbestimmungen vom Juli 1927 werden die hoffenden Mütter ausdrücklich hingewiesen. Es ist festgestellt worden, daß sie im allgemeinen die Arbeit ziemlich frühzeitig aufgeben, abgesehen von den Hausangestellten, die ohnehin nicht unter die erweiterten Schutzbestimmungen fallen. Diese stellen weitaus das größte Kontingent der unehelichen Mütter, so im Jahre 1927 unter den von der Schwangerenfürsorge des Jugendamtes betreuten 823 von 1633. Sie werden auch in den letzten Wochen oft obdachlos und müssen als Hausschwangere im Institut für Geburtshilfe oder in einem der Krankenhäuser Aufnahme finden. Die Einweisung vermittelt das Jugendamt oder Wohlfahrtsamt.

Besondere Schwierigkeiten macht die Unterbringung von Mutter und Kind nach der Geburt. Durch regelmäßige Besuche in den Krankenhäusern erfassen die Fürsorgerinnen außer den Frauen und Mädchen, die von selbst oder von andern Behörden überwiesen die Sprechstunde besuchen (1927: 500 von 1633), die dort unmittelbar aufgenommenen Hausbeschäftigten (239 von 1633) und vor allem die vor der Entbindung nicht erfaßten (894 von 1633). Für diese gilt es in der kurzen Frist von 10 Tagen festzustellen, ob die in Aussicht genommene Unterkunft für Mutter und Kind tauglich ist und ob eine beabsichtigte Trennung von Mutter und Kind durch besondere Maßnahmen des Jugendamtes verhindert werden kann. Zu diesem Zweck stehen zwei Mütterheime in Hamburg zur Verfügung, das Mütterheim *Groß-Borstel* des Bundes für Mutterschutz und eine Abteilung in der Diakonissenanstalt *Marthahaus*, außerdem vereinzelte Betten in einem katholischen Heim in Alt-Rahlstedt. Es wird versucht, wenigstens in den ersten sechs Wochen eine Trennung des Kindes von der Mutter zu vermeiden und zarte, der Brustnahrung bedürftige Kinder über diesen Zeitpunkt hinaus, notfalls auf Kosten des Wohlfahrtsamtes, mit der Mutter zusammen unterzubringen. Schließlich beschäftigt sich die „Fürsorge für werdende Mütter" mit der Arbeitsvermittlung der Wöchnerinnen unter Berücksichtigung ihrer schwierigen Lebensverhältnisse. Soweit irgend möglich, wird versucht, durch Stillpausen oder Unterbringung des Kindes nahe der Arbeitsstelle der Hausangestellten eine Zwiemilchernährung durchzusetzen und das Interesse der Mutter für das Kind wachzuhalten, zumal es sich in der Mehrzahl der Fälle um Erstgeburten handelt (1927: 1269 von 1633). Von 1561 ledigen Müttern waren 1927 unter 16 Jahren 19, 16 bis 21 Jahre 785, über 21 Jahre 757.



Jede Mutter, die Rat braucht, suche die Beratungsstellen auf, möglichst schon vor der Geburt des Kindes! Sie findet dort Beratung über Alimenteneinziehung, Überweisung an ein Krankenhaus, später an ein Mütterheim, Aufklärung über Krankenkassen- und Wochenhilfe, Vermittlung der Bewilligung von Wochenfürsorge für Nichtversicherte. Wenn der Wochenhilfeanspruch nicht verfallen soll, ist freiwillige Weiterversicherung innerhalb 3 Wochen nach Arbeitsverlust für alle, die keine Erwerbslosenunterstützung beziehen können, nötig. Bei bestehendem Wochenhilfeanspruch wird immer für 4 Wochen vor der Geburt des Kindes Wochengeld gezahlt. Wer nicht mehr arbeiten kann und eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgeben muß, bekommt, wenn der Arzt bescheinigt, daß die Niederkunft in 6 Wochen zu erwarten ist, schon 2 Wochen früher Wochengeld. Unentgeltliche ärztliche Beratung im Institut für Geburtshilfe Finkenau. Zu langes Arbeiten kann schädlich wirken. — In der Sprechstunde wird im Notfall Kinderwäsche bewilligt, auch auf schriftliche Anfragen wird umgehend geantwortet. Das Jugendamt vermittelt geprüfte Pflegestellen und wo nötig Zuschüsse zum Pflegegeld; wer ein Pflegekind aufnehmen will, muß vorher die Erlaubnis des Jugendamts einholen.

MÜTTERHEIME

VON DR. HANS NEVERMANN, ÄRZTLICHEM HILFSARBEITER DER GESUNDHEITSBEHÖRDE

IN Hamburg existieren zwei Mütterheime. Das ältere von ihnen liegt in ländlicher Umgebung in Groß-Borstel. Es ist von Mitgliedern des Bundes für Mutterschutz gegründet. Der Zweck dieses Heimes ist, Müttern, insbesondere unehelichen, in den letzten Wochen der Schwangerschaft und besonders nach der Geburt mit ihrem Kindlein einen Aufenthalt zur Schonung und zur Stärkung gegen billiges Entgelt zu gewähren. Es können dort 27 Mädchen und Frauen und 50 Kinder aufgenommen werden. Zur Entbindung werden die Schwangeren in die staatlichen Entbindungsanstalten überwiesen. Ebenso wie auch Kranke den Staatskrankenanstalten überwiesen werden. Die Frauen und Mädchen schlafen im Heim in großen hellen Zimmern zu mehreren. Die Kinder sind in gesonderten Räumen untergebracht. Im Erdgeschoß befinden sich außer Küche und Wirtschaftsräumen die Wäscherei und der Eßsaal. Die Frauen und Mädchen werden zur Arbeit im Heim weitgehendst herangezogen. Die Wartung der Kinder geschieht unter Anleitung und Aufsicht von Schwestern. Wie denn überhaupt die ganze Anstalt von einer Oberschwester geleitet wird. Die Mütter bleiben dort einige Wochen mit ihren Kindern zusammen. Es wird versucht, ihnen von dort aus eine ordentliche Arbeitsmöglichkeit zu verschaffen. Die Kinder bleiben meist noch längere Zeit im Heim, bis dann nach Monaten auch für sie ein Unterkommen gefunden ist, wohin sie ohne Bedenken abgegeben werden können.

Das zweite, neuere Mütterheim liegt in Hamm. Dieses erst 1928 in Betrieb genommene Heim ist eine Sonderabteilung des Magdalenenstiftes. Das 1821 gegründete Magdalenenstift hat es sich zur Aufgabe gemacht, Mädchen und Frauen, die auf Irrwege geraten sind, Gelegenheit zu geben, sich in ordentliche Verhältnisse zurückzufinden. Die Insassen des Magdalenenstiftes werden dem Hause teils durch staatliche Behörden (Fürsorgezöglinge), teils durch Eltern oder Vormünder überwiesen, teils melden sie sich auch freiwillig zum Eintritt. Zweck dieses Mütterheimes ist es, die werdenden Mütter vor, während und nach der Niederkunft mit ihrem Kinde noch etwa ein halbes Jahr zu beherbergen, ihnen die nötige Hilfe und Pflege angedeihen zu lassen, sie gleichzeitig in allerlei für eine zukünftige Haushaltsführung nötigen Fähigkeiten zu unterrichten und sie vor allem durch eine staatlich geprüfte Lehrerin im Kochen zu unterweisen. Die Insassen des Mütterheimes werden ferner zu den notwendigen Hausarbeiten herangezogen. Die Frauen und Mädchen wohnen in kleinen Einzelzimmern. Zur Entbindung werden sie in die Entbindungs- und Wochenabteilung im dritten Stock verlegt. Auf dieser Abteilung befindet sich ein Kreißsaal und eine modern eingerichtete Station für Säuglinge. Die Säuglinge und Wöchnerinnen werden von Schwestern betreut. Die Leitung des Mütterheims liegt in den Händen eines em. Pastoren, der Vorsitzender des Vorstandes vom Magdalenenstift ist, sowie eines Arztes. Für schwierige geburtshilfliche Fälle steht dem Heim außerdem noch ein Facharzt für Frauenleiden und Geburtshilfe zur Verfügung.



Mütterheim des Magdalenenstiftes

Das Mütterheim des Magdalenenstiftes betrachtet es ferner als seine Aufgabe, auch nach Entlassung der Mütter nach Möglichkeit mit diesen in Verbindung zu bleiben, ihre Lebensschicksale weiter zu verfolgen und, soweit es in seiner Macht steht, tatsächlich helfend einzugreifen.

Das Mütterheim des Magdalenenstiftes kann 30 Frauen und Mädchen und 18 Kinder beherbergen.

DIE SPEISUNGEN DES WOHLTÄTIGEN SCHULVEREINS

VON G. VOLLERS

BALD nach Einrichtung des hamburgischen Volksschulwesens, im Jahre 1872, wurde von Freunden der Volksschule der Wohltätige Schulverein gegründet mit dem Zweck, die Hindernisse zu beseitigen, die einem regelrechten und erfolgreichen Besuch der Hamburger Volksschulen entgegenstehen. In erster Linie sorgte der Verein dafür, hilfsbedürftigen Schulkindern Frühstück, Frühstücksgetränk oder Mittagessen zu beschaffen, und da seine Bestrebungen in der Bevölkerung Hamburgs vielseitigen Beifall fanden, flossen die Beiträge und Spenden der Mitbürger so reichlich, daß der Verein bis zum Jahre 1908 seine Aufgaben lösen konnte, ohne irgendwelche Staatsunterstützung in Anspruch nehmen zu müssen.

Die Meldungen zur Speisung der Schulkinder steigerten sich selbstverständlich im Weltkriege. Weil Milch und Brot nicht in ausreichender Menge zu haben waren, mußte von der Ausgabe von Schulfrühstück abgesehen werden; jedoch wurde die Abgabe von Mittagessen dem Bedarf entsprechend vermehrt. Während des Krieges wurde schon vom 7. September 1914 ab mit den Haushaltschülerinnen in 33 Haushaltungsschulen für die Schulkinder gekocht. Bald mußten aber erwachsene Hilfskräfte hinzugezogen werden. Auch die kleinen Herde in den Schulen genügten nicht mehr, und es wurden besondere Küchenräume mit großen, 300 bis 800 Liter fassenden Kochkesseln eingerichtet. Die Ausgabe von Mittagessen, die im sogenannten Steckrübenjahr 1916/17 die Höchstzahl von 4 700 000 Portionen erreicht hatte, sank dann allmählich, stieg jedoch durch das Eingreifen der amerikanischen Kinderhilfsmission im Jahre 1920/21 auf sechs Millionen Portionen. Die von den Amerikanern in so hochherziger Weise gespendeten Nahrungsmittel wurden dem Wohltätigen Schulverein überwiesen, der die Ware durch Zusatz deutscher Lebensmittel für die Schulspeisung zubereitete und das Essen an die unterernährten Kinder abgab. Die Zahl der Gespeisten stieg bis auf 26 000 Kinder täglich, und mit Dankbarkeit gegen die Geber und mit Freude über den Erfolg kann festgestellt werden, daß gerade in der Zeit, wo unsere Lebensmittelnot durch den Krieg aufs höchste gestiegen war und die Hungerblockade eine Einfuhr von Nahrungsmitteln nicht ermöglichte, durch diese amerikanischen Spenden so zahlreiche unterernährte Kinder eine wirksame Kräftigung erfahren konnten.

Als die amerikanische Hilfsmission ihre Unterstützung allmählich verringerte und am 31. März 1925 gänzlich einstellte, hat dann der Wohltätige Schulverein mit Hilfe der durch das Wohlfahrtsamt gewährten staatlichen Mittel seine Aufgaben wieder allein aufgenommen und vor allen Dingen das für die Ernährung der Schulkinder so wichtige Frühstück wieder eingeführt.

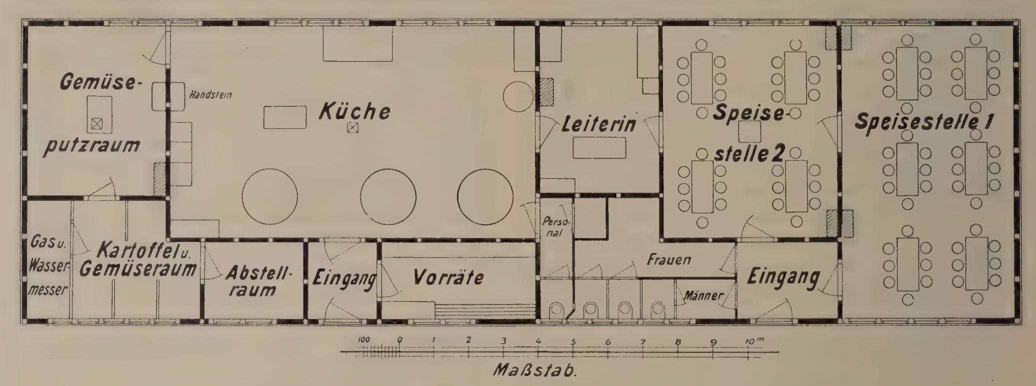
Das Frühstück besteht aus einem fünftel Liter frischer Vollmilch und einem semmelartigen Brötchen von etwa 60 Gramm. Die Schulen begrüßten diese Art der Speisung besonders freudig, weil diejenigen wirtschaftlich schwachen Kinder, die oft ohne erstes Frühstück oder ohne Schulfrühstück in die Schule kamen, jetzt schon vor dem Unterricht oder während der Unterrichtszeit eine Kräftigung erfahren, die sie aufnahmefähiger für den Unterricht macht. In technischer Hinsicht liegt der Vorzug dieser Art der Speisung darin, daß Zubereitung und Verteilung weniger Umstände machen, die Kosten niedriger sind als bei Kochbetrieb und sich die Art der Belieferung ohne weiteres auf zahlende Kinder ausdehnen läßt, ohne Verwaltungsschwierigkeiten und Kosten zu verursachen. Die Milch wird in weithalsigen Flaschen mit Pappdeckelverschluß zu der von der Schule bestimmten Zeit an die Schule geliefert, im Winter gewärmt. Der Verein liefert zur Zeit 12 850 Portionen Frühstück täglich, je Schule täglich durchschnittlich 50 Portionen. Kinder, die gegen eigene Zahlung Brötchen oder Milch haben wollen, setzen sich durch die Schule mit den betreffenden Lieferanten in Verbindung, und dort, wo die Schule dieser Angelegenheit mit Interesse entgegenkommt, fanden sich im letzten Jahr bis 200 Kinder, die Milch gegen Zahlung bestellt hatten. Ein Beweis für das auch von den Eltern empfundene Bedürfnis nach Frischmilch für die Kinder.

Ebenso wie das Schulfrühstück wird auch das Mittagessen an solche Kinder vom Wohltätigen Schulverein verabreicht, die körperlich und wirtschaftlich bedürftig sind.

Unter Mitwirkung des Elternrates und des Schularztes werden die betreffenden Kinder von der Schule bestimmt, und fast an jeder Schule haben einzelne besonders interessierte Lehrer oder Lehrerinnen die Pflicht übernommen, diese soziale Aufgabe zum Wohle der Kinder ihrer Schule zu lösen.

Während die Frühstücksspeisung durch den Wohltätigen Schulverein umsonst verabreicht wird, ist die Mittagsspeisung so organisiert, daß die Schule für die frei speisenden Kinder einen Antrag an die zuständige Wohlfahrtsstelle stellt und von den zahlenden Kindern 10 Pf. oder 25 Pf. je Portion einzieht und an die Küchen abführt.

Das Mittagessen des Wohltätigen Schulvereins wird bereitet in acht Küchen und verabreicht in 16 Speisestellen. Diese sind so gelegt, daß die Kinder dorthin von der Schule aus einen Weg haben, der möglichst nicht über eine Viertelstunde Gehzeit entfernt ist. Die Küchen waren bisher zum Teil in recht provisorischer Art in Schulhäusern untergebracht, und der Betrieb gab häufig Grund zu berechtigten Klagen. Darum hat die Oberschulbehörde veranlaßt, daß für zwei Küchen neue Räume in früheren Schulbaracken eingerichtet wurden und daß für eine Küche eine besondere Küchenbaracke erbaut wurde. Diese drei Küchen werden noch im Jahre 1928 in Betrieb genommen. Die Art der neuen Küchenbaracken zeigt nachstehende Abbildung.



Neue Küchenbaracke des Wohltätigen Schulvereins in Barmbeck-Hinrichsenstraße

Die während der Kriegszeit begonnene Speisung Kranker und Genesender, vermittelt durch die Allgemeine Ortskrankenkasse und durch das Wohlfahrtsamt, und die durch die Amerikaner eingeführte Speisung von Müttern und Kleinkindern wird fortgesetzt. Außerdem erhalten die früher in den Schulküchen gespeisten Klein- und Sozialrentner jetzt von den Küchen des Wohltätigen Schulvereins Mittagessen. Die nötigen Zusatzzahlungen bei Müttern, Kleinkindern und Rentnern leistet das Wohlfahrtsamt.

Die Kranken empfangen ihr Essen in den betreffenden Küchen und nehmen an Ort und Stelle ihr Mittagessen ein, falls ihnen nicht wegen besonderer Umstände gestattet wird, das Essen mit nach Hause zu nehmen. Die Mütter, Kleinkinder, Schulkinder und Rentner empfangen das Mittagessen in den 16 Speisestellen, die zum Teil mit den Küchen in direkter Verbindung stehen, zum Teil in Schulgebäuden eingerichtet wurden. Diese Speisestellen, die von der Kriegszeit her zum Teil noch recht notdürftig in Turnhallen, Schulklassen usw. untergebracht waren und auch den Schulbetrieb nicht unerheblich störten, werden allmählich in für diese Zwecke fest bestimmte Räume verlegt. Die neuen Küchen sind mit ausreichenden Speisestellen verbunden. Verschiedene Speisestellen sind verlegt in frühere Schuldienerwohnungen oder in geeignete Kellerräume der Schulhäuser. Es wird darauf geachtet, daß die neuen Speiseräume in sich abgeschlossen sind, einen besonderen Zugang von außen haben und ausreichend mit Sitzgelegenheiten ausgestattet sind. Die Kinder und ein Teil der Rentner nehmen das Mittagessen an Ort und Stelle ein.

Im Geschäftsjahr 1926/27 sind ausgegeben an:

Mütter . . .	116 197	Portionen	Mittagessen
Kleinkinder	284 393	„	„
Schulkinder	588 281	„	„
Kranke . . .	213 555	„	„
Rentner . .	151 498	„	„
Außerdem .	2 947 140	„	Schulfrühstück

Die Gesamtausgaben betrugen im Geschäftsjahr 1927/28 Rm. 987 009.08. Davon entfallen auf Frühstück Rm. 335 682.80, auf Mittagessen Rm. 651 326.28. Diese Ausgaben wurden gedeckt durch Zahlungen der Teilnehmer und derjenigen Stellen, die für diese Zahlungen Zuschuß leisteten, mit Rm. 283 787.64, ferner durch Spenden, Beiträge usw. mit Rm. 57 606.95 und durch Zuschüsse des Staates mit Rm. 645 614.49.

SPEISEBETRIEBE DER GROSSEN KAUFMÄNNISCHEN UND INDUSTRIELLEN BETRIEBE

VON DR. EMIL SCHAEFER, DIREKTOR DES HAMBURGISCHEN GEWERBEAUFSICHTSAMTS

Zu den Wohlfahrtseinrichtungen, die zunehmende Bedeutung gewinnen, gehören die Speisebetriebe der größeren Unternehmungen. Der Wert dieser Einrichtungen liegt darin, daß den Arbeitnehmern, die wegen der in Hamburg üblichen ungeteilten Arbeitszeit und wegen der großen Entfernungen ihr Heim über Mittag nicht aufsuchen können, die Möglichkeit gegeben ist, ein warmes Mittagessen ohne erhebliche Belastung ihres Ausgabenetats einzunehmen. Solche Speisebetriebe, worin den Arbeitnehmern teils kostenlos, teils gegen geringes Entgelt ein warmes Mittagessen verabfolgt wird, finden wir auf hamburgischem Boden in gewerblichen Betrieben mannigfacher Art, in Handels- und Schiffahrtsunternehmungen, sowie in Banken und sonstigen Unternehmungen. Einige besonders bemerkenswerte Einrichtungen dieser Art seien hier kurz geschildert.

Eine *Verlagsgesellschaft*, die eine umfangreiche Druckerei, Buchbinderei und Tütenfabrik betreibt,



Abb. 1. Arbeiterspeisesaal der Verlagsgesellschaft Deutscher Konsumgenossenschaften

hat einen großen Speisesaal mit 840 Sitzplätzen (siehe Abbildung 1) eingerichtet, zu dessen Benutzung das technische Personal verpflichtet ist. Die Arbeitsräume werden während der Pausen geschlossen. Abgegeben werden Milch zum Einkaufspreis, $^1/_4$ Liter Kaffee zu Rm. 0.05, Brötchen mit Butter zu Rm. 0.05, $^1/_2$ Liter Suppe zu Rm. 0.10 und Rm. 0.15, einfaches Mittagessen zu Rm. 0.40, sowie andere Lebensmittel zu Einkaufspreisen. Die Kosten der Speisenbereitung und der Speisenausgabe trägt das Unternehmen. Fast das gesamte Personal entnimmt zu den Pausen

regelmäßig Milch oder Kaffee; Suppe und Mittagessen werden von etwa einem Viertel des Personals beansprucht.

Sämtliche *Seeschiffswerften* unterhalten innerhalb ihrer Betriebe Kantinen, die sie teils selbst bewirtschaften, teils unter Zuschußleistung verpachtet haben. Es wird regelmäßig ein Mittagessen gegeben, dessen Preis für Angestellte bis zu Rm. 0.95, für Arbeiter Rm. 0.20 bis 0.60 und für Lehrlinge Rm. 0.15 bis 0.30 beträgt. Die Mehrkosten tragen die Werften selbst. In einzelnen Betrieben gibt es daneben noch in geringem Umfange Speisen nach der Karte zu mäßigen Preisen. Bis zu einem Drittel der Belegschaften dieser meist mehrere tausend Arbeitnehmer umfassenden Werften benutzen diese Gelegenheit zur Einnahme einer billigen Mittagsmahlzeit. In manchen Werften ist die Kantine außer in der Mittagspause auch vor Beginn und am Ende der Arbeitszeit sowie in den übrigen Pausen geöffnet.



Abb. 2. Betriebsküche der Hamburg-Amerika-Linie



Abb. 3. Speiseraum der Hamburg-Amerika-Linie

Ein *Schiffahrtsunternehmen* hat für die Arbeitnehmer seiner drei Landbetriebe je eine Kantine eingerichtet (siehe Abbildung 2 und 3), in denen ein warmes Mittagessen zum Preise von Rm. 0.20 abgegeben wird. Die Beteiligung ist in allen drei Kantinen sehr groß und umfaßt fast alle Angestellten. In der Kantine der Zentrale werden täglich etwa 800 Portionen, in der Kantine im Freihafen etwa 500 Portionen und in der dritten Kantine etwa 100 Portionen verausgabt. — In einem *Versicherungsunternehmen* wird allen Angestellten zum Frühstück Trinkmilch auf Kosten des Betriebes geliefert.

Eine *Lebensmittelgroßhandelsgesellschaft* beköstigt ihre etwa aus 110 Personen bestehende Belegschaft täglich unentgeltlich. An den Sonnabenden und an den Vorabenden der hohen Festtage, an denen Frühschluß eingerichtet ist, endigt die Arbeitszeit erst nach der Einnahme des Mittagessens.

Vereinzelt sind Speisebetriebe auf Veranlassung der Arbeitnehmervertretungen eingerichtet worden. So hat eine größere *Privatbank* auf Betreiben des Betriebsratsvorsitzenden einen neuzeitlich ausgestatteten Speisesaal nebst Betriebsküche einrichten lassen (siehe Abbildung 4 und 5). Den Angestellten wird hier ein gutes Mittagessen,



Abb. 4. Betriebsküche des Bankhauses M. M. Warburg & Co.



Abb. 5. Speisesaal des Bankhauses M. M. Warburg & Co.

und ähnlichen Unternehmungen den weniger Bemittelten möglichst billige und der Gesundheit zuträgliche Getränke und Speisen, sowie gute und billige Wohnungsgelegenheit zu bieten. In drei eignen, zu diesem Zweck erbauten Häusern ist je eine große Kaffee- und Speisehalle eingerichtet. Durch die Übernahme der staatsseitig erbauten Speiseanstalten (siehe Abbildung 6 und 7) erwuchs dem Verein ein neues, sehr bedeutendes Feld der Tätigkeit. Gegenwärtig bestehen zwölf dieser Speise- und Kaffeehallen, in denen neben Speisen und alkoholfreien Getränken auch Bier, aber kein Branntwein verabfolgt wird. Die Preise für die Speisen und Getränke sind äußerst niedrig gehalten und bewegen sich etwa auf der Höhe der Klein-

bestehend aus Suppe, Fleisch, Gemüse, Kartoffeln und Nachtisch, zum Preise von 50 Pf. geliefert. Die Beteiligung am Mittagstisch beträgt durchschnittlich 70 v. H. der aus etwa 350 Personen bestehenden Belegschaft.

Um den am Hafenverkehr beteiligten Arbeitnehmern vorübergehend Unterkunft und Erfrischung zu bieten, hat der hamburgische Staat seit dem Zollanschluß im Jahre 1888 Speiseanstalten im Freihafengebiet je nach eintretendem Bedürfnis erbaut, deren Bewirtschaftung dem *Verein für Volkskaffeehallen* übertragen wurde. Dieser Verein ist im Jahre 1887 gegründet worden mit dem gemeinnützigen Zweck, durch Kaffee- und Speisehallen, Kinder- und Krankenküchen, sowie durch den Betrieb von Logierhäusern

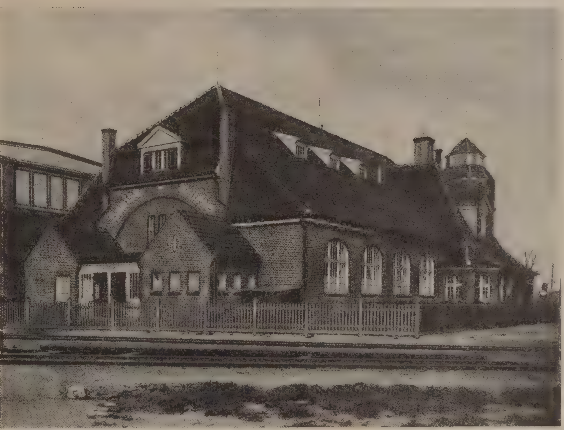


Abb. 6. Speise-Kaffeehalle Nr. 7 des Vereins für Vclkskaffeehallen

handelspreise in den Lebensmittelgeschäften der Stadt. Die Hallen sind zur Erholung und Stärkung der im Hafengebiet tätigen Personen unentbehrlich. Die Einrichtung hat sich daher für die Arbeitnehmer im Hafen als sehr segensreich erwiesen.

Aber noch in zahlreichen großen und kleinen Betrieben, die hier nicht näher aufgeführt werden können, wird den Arbeitnehmern Gelegenheit geboten, sich warme Speisen oder Getränke zuzubereiten. Mindestens werden hierfür Speisewärmvorrichtungen zur Verfügung gestellt und häufig hat hier das Gewerbeaufsichtsamt fördernd gewirkt.



Abb. 7. Speise-Kaffeehalle Nr. 7 des Vereins für Volkskaffeehallen

DAS HILFSWERK DES ARBEITERRATES GROSS-HAMBURG

VON DIREKTOR E. HÜFFMEIER, VORSITZENDER DES ARBEITERRATES GROSS-HAMBURG

UNTER den Auswirkungen der wirtschaftlichen Krisen der letzten Jahre hatten am bittersten jene nach Hunderttausenden zählenden Volksgenossen zu leiden, die, zur Bestreitung ihres Lebensunterhaltes ausschließlich auf den Ertrag ihrer Arbeit angewiesen, erwerbslos wurden und alle Nöte dieses Zustandes in einem bisher kaum dagewesenen Ausmaße monate-, ja jahrelang ertragen mußten. Die nach dem Kriege auch in Deutschland geschaffenen sozialen Einrichtungen zur Behebung oder Linderung dieser Notstände, Erwerbslosenfürsorge und öffentliche Wohlfahrtseinrichtungen, erwiesen sich in vielen Fällen als unzulänglich; es bedurfte daneben umfangreicher privater und halbamtlicher Initiative, um wenigstens die schlimmsten Härten zu mildern.

Als im Herbst 1923 im Zusammenhang mit der Währungskrise die Not weiter Kreise auch der Hamburger Bevölkerung durch Arbeitslosigkeit, Teuerung und Kälte unerträglich geworden war, organisierte der Arbeiterrat Groß-Hamburg, die öffentlich-rechtliche Vertretungskörperschaft der Hamburger Arbeitnehmer, sein groß angelegtes Hilfswerk auf dem Boden der Selbsthilfe, indem er in Verbindung mit den Berufsorganisationen der Arbeiter, Angestellten und Beamten aller Richtungen die Arbeitnehmer Groß-Hamburgs zur Sammlung freiwilliger Beiträge aufrief und aus den Ergebnissen dieser Sammlungen eine sogenannte „Gewerkschaftliche Notstandsspeisung“ schuf, die an Umfang und Wirksamkeit kaum ihresgleichen in Deutschland gefunden haben dürfte. Die Geldsammlungen wurden betriebsweise durch die Vertrauensleute der Berufsverbände durchgeführt, und in der Regel spendeten die Arbeitnehmer bereitwillig regelmäßig wöchentlich 15 Pf. bis zu einem Stundenlohn für das soziale Werk; aber auch wohlmeinende Angehörige anderer Bevölkerungskreise trugen dankenswerterweise durch freiwillige Spenden zur Ausgestaltung des Werkes bei, und die Behörden liehen ihre Unterstützung. In den verschiedensten Stadtteilen Hamburgs wurden im Winter 1923/24 insgesamt 14 Notstandsküchen durch den Arbeiterrat errichtet. Das Essen wurde in den Hamburger Krankenanstalten gekocht und in verzinkten Kannen durch die Fahrbereitschaft der Ordnungspolizei in die von der Oberschulbehörde zur Verfügung gestellten Turnhallen geschafft, in denen die Ausgabe des Essens durch ehrenamtliche Helferinnen, Mitglieder des Hamburgischen Ausschusses für soziale Fürsorge, erfolgte. In den ersten vier Monaten des Jahres 1924 wurden auf diese Weise nicht weniger als rund 500 000 Portionen Essen verausgabt und daneben an Bedürftige Tausende von Lebensmittelpaketen verteilt, die Kolonialwaren, Fettwaren, Brot, kondensierte Milch, Malzextrakt usw. enthielten. Außer Erwerbslosen wurden kinderreiche Familien, Sozialrentner und Altersrentner mit Lebensmitteln bedacht. An die Oberschulbehörde wurden 1700 m Hemdentuch abgegeben, aus denen in den oberen Klassen der Mädchenschulen Unterwäsche genäht wurde, die an bedürftige Kinder in der Volksschule zur Verteilung kamen.

Wenngleich die „Gewerkschaftliche Notstandsspeisung“ von Anbeginn nicht als eine dauernde Einrichtung, sondern lediglich als eine außerordentliche Hilfsmaßnahme gedacht war, machte es die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre notwendig, sie alljährlich während der Wintermonate, teilweise in gesteigertem Umfange, neu aufzunehmen.

An die Stelle der geschilderten ursprünglichen Organisation von 14 Essenausgabestellen traten im Winter 1925/26 ein Freitisch im Gewerkschaftshaus sowie die Einrichtung einer Erwerbslosenspeisung im Obdachlosenhaus Neustädter Straße und im Winter 1926/27 die Ausgabe von Fischgerichten in sieben auf die dichtbevölkerten Stadtteile Hamburgs zweckmäßig verteilten Bratfischküchen. So konnte in den Wintermonaten 1926/27, als die Erwerbslosigkeit ganz besonders anstieg, an jedem Wochentag etwa 4000 Erwerbslosen durch die Notstandsspeisung des Arbeiterrates ein warmes Mittagessen verabreicht werden. Im Jahre 1927 wurden insgesamt 381 033 Portionen Mittagessen ausgegeben und außerdem 46 000 Lebensmittelpakete im Werte von je etwa Rm. 3.—, ferner Lebensmittel-Gutscheine im Gesamtwerte von rund Rm. 25 000.— an erwerbslose Bedürftige verteilt.

Neben diesen Speisungsmaßnahmen erstreckte sich das Hilfswerk des Arbeiterrates noch auf eine gewisse Fürsorge für die Kinder erwerbsloser Eltern. So wurden alljährlich Hunderte von bedürftigen Schulentlassenen vom Arbeiterrat Groß-Hamburg

eingekleidet, Hunderten von Kindern wurde ein kostenfreier mehrwöchiger Erholungsaufenthalt in der Ferienkolonie Köhlbrand bei Hamburg ermöglicht, und zu Weihnacht wurden in der Regel 1000 bis 2000 der Kleinsten im Rahmen einer lebendig gestalteten Feier beschert und mit Schokolade und Kuchen bewirtet.

Zusammenfassend kann ohne Übertreibung gesagt werden, daß durch das umfangreiche Hilfswerk des Arbeiterrates Groß-Hamburg seit Jahren viel schlimme und drückende Not gelindert werden konnte. Die Arbeiter, Angestellten und Beamten Hamburgs haben ihrer Hilfsbereitschaft in diesem Werk ein bleibendes Mal gesetzt, und ihre Berufsverbände haben sich durch eifrige Unterstützung der Hilfsmaßnahmen des Arbeiterrates unzweifelhaft ein großes Verdienst erworben.

HAMBURGER STUDENTENHILFE E.V.

VON DIPL.-KAUFM. FR. BÖHLER

DIE große wirtschaftliche Not der Nachkriegszeit hat zur Schaffung der studentischen Selbsthilfeeinrichtungen geführt. Träger und Objekt der Organisation war die Studentenschaft selbst; Ziel war zunächst die Einrichtung von Küchenbetrieben, um generell allen Studenten die Kosten der Lebenshaltung möglichst zu verringern. Die Mittel für diese bewußte Zuschußwirtschaft wurden durch Werbung von Geld- und Naturalspenden beschafft.

Mit dem Ende der Inflation setzte ein Schichtungsvorgang innerhalb der Studentenschaft ein insofern, als ein Teil der Studierenden wieder einen festen Wechsel bezog und damit wenigstens den brennenden Sorgen um den täglichen Lebensunterhalt enthoben war. Diesen gegenüber standen eine große Zahl von Studierenden, die an der Grenze des Existenzminimums, und sehr häufig darunter, das Studium fortzusetzen gezwungen waren. — Aus dieser veränderten Lage ergab sich ganz klar die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Umstellung der Selbsthilfearbeit: Unterstützung einzelner Bedürftiger und Würdiger an Stelle von Massenunterstützung. Die Küchenbetriebe blieben als konsumverbilligende Einrichtung bestehen, und die unvermindert starke Inanspruchnahme seitens der Studentenschaft ist der beste Beweis für die Notwendigkeit dieser Einrichtung.

Die „mensa academica“ war in den beiden letzten Semestern täglich von durchschnittlich 250 Studenten besucht. Ihre außerordentlich primitiven baulichen Verhältnisse — sie war in einer Holzbaracke untergebracht — haben schon seit langem zu einer befriedigenden Lösung der Raumfrage gedrängt. Mit Unterstützung des Hamburgischen Staates, der fördernden Wirtschaftskreise Hamburgs und der Wirtschaftshilfe der Deutschen Studentenschaft in Dresden ist es nunmehr gelungen, in unmittelbarer Nähe der Universität ein Grundstück zu erwerben und durch Um- und Anbau ein „Studentenhaus“ zu erstellen. — Im Erdgeschoß ist eine nach den Grundsätzen modernster Technik ausgestattete Küche untergebracht. Mit der Küche in unmittelbarer Verbindung stehen die Aufwaschküche, die Kühlräume, die Lagerräume, die Heizung,



Studentenheim

ferner die Wohnräume des Personals und des Küchenchefs.

Zwei Speiseräume für etwa 300 Gäste beherrschen das Erdgeschoß. Zwischen beiden Sälen liegt die Speiseausgabe, die mit der Küche durch drei Fahrstühle verbunden ist. Den Mittelpunkt des Erdgeschosses bildet eine Diele, an die sich zwei Aufenthaltsräume anschließen. Die außerordentlich behagliche Einrichtung dieser Räume und die Möglichkeit, hier während des ganzen Tages Erfrischungen einzunehmen, machen diese besonders geeignet, ein Treffpunkt für zwanglose Unterhaltung zu werden.

Im ersten Stockwerk befinden sich zwei große helle Leseräume, in denen über 400 Tageszeitungen und Zeitschriften ausgelegt sind. Ferner die Leihbücherei mit etwa 1200 Bänden. Daneben ein Schreibzimmer und das Geschäftszimmer der Studentenschaftsvertretung. Ferner ist hier das Ordinationszimmer des Arztes für sportärztliche Beratung und Untersuchung. Die ärztliche Untersuchung gefährdeter oder kranker Kommilitonen erfolgt auf Grund eines Abkommens mit der Medizinischen Poliklinik des Eppendorfer Krankenhauses in dankenswerter Weise dort kostenlos. Im zweiten Stockwerk befinden sich die Geschäftsleitung sowie die Geschäftszimmer der verschiedenen Abteilungen der Studentenhilfe und der Darlehnskasse der Deutschen Studentenschaft.

Seit Eröffnung des Studentenhauses zeigen die Mensa, die Aufenthalts- sowie die Leseräume einen ständig wachsenden Besuch. Die Zahl der seit Eröffnung des Hauses am 20. April bis zum 31. Juli verabreichten Portionen betrug rund 55 000. Die Zahl der Essensteilnehmer beträgt täglich durchschnittlich 700 bei einer Höchstteilnehmerzahl von 820. Daneben werden die Räumlichkeiten des Studentenhauses auch für gesellschaftliche Veranstaltungen und Vorträge dauernd in Anspruch genommen. So ist das Studentenhaus auf dem besten Wege, ein Sammelpunkt der gesamten Studentenschaft der Hamburgischen Universität zu werden.

Neben diesen, der Allgemeinheit der Studentenschaft zugute kommenden Einrichtungen der Studentenhilfe ist die Betreuung einzelner, menschlich und wissenschaftlich wertvoller Studenten die vornehmste Aufgabe der Studentenhilfe. Sie besteht in der Gewährung von Freitischen, Bar- und Naturalunterstützungen sowie in der Hingabe von kurzfristigen Darlehen. Um die für viele Studierende besonders drückende Belastung der teuren Wohnungsmieten zu erleichtern, ist der Studentenhilfe ein Studentenwohnheim angegliedert, das durchschnittlich 109 Studenten eine behagliche, außerordentlich billige Unterkunft bietet.

Eine besondere Aufgabe der Studentenhilfe ist die Sorge für die unbemittelten kranken Kommilitonen. Die Durchführung dieser besonders schweren Aufgabe erfolgt in engster Zusammenarbeit und mit der Unterstützung örtlicher Wohlfahrtsunternehmen, insbesondere der akademischen Krankenkasse, durch Vermittlung der Wirtschaftshilfe in Dresden mit einer Reihe zentraler Wohlfahrtsorganisationen, insbesondere der Charitas für Akademiker, dem Deutschen Roten Kreuz, dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und verschiedenen Landesverbänden für Tuberkulosebekämpfung. Gerade die Tuberkulosefürsorge ist ein Gebiet, das an Umfang immer mehr zunimmt. Die Heilbehandlungsfälle werden durch ein besonderes Einweisungsverfahren von den einzelnen Wirtschaftskörpern an die Wirtschaftshilfe geleitet und von dort zentral erledigt. Die Unterbringung der Patienten erfolgt zum Teil in dem eigenen Heim der Wirtschaftshilfe in Arosa, dem Haus „Viktoria", zum andern Teil in andern Sanatorien auf Grund eines besonderen Abkommens.

Ein weiteres Gebiet der vorbeugenden Krankenfürsorge ist die Vermittlung von Erholungsaufenthalten, entweder durch die Studentenhilfe oder zentral durch die Wirtschaftshilfe.

Die Voraussetzung für eine wirksame Krankenfürsorge ist eine regelmäßige, allgemeine Gesundheitsuntersuchung, der sich sämtliche Studierende unterziehen müssen. Die dahingehenden Bestrebungen der Studentenhilfe haben von seiten der Behörden lebhafte Unterstützung gefunden und in Hamburg, wie schon früher an einer ganzen Reihe von Hochschulen, zur Einrichtung einer pflichtmäßigen ärztlichen Gesundheitsuntersuchung geführt. Die örtlichen Ergebnisse dieser Untersuchungen haben in einer Reihe von Veröffentlichungen ihren Niederschlag gefunden.

So ist die Studentenhilfe, entstanden als Noteinrichtung in den schweren Nachkriegsjahren, längst zu einer bleibenden Einrichtung geworden, die aus dem Rahmen des Universitätslebens nicht mehr hinwegzudenken ist. Die dauernde starke Inanspruchnahme der Fürsorge- und Wirtschaftseinrichtungen ist ein Beweis für die materielle Bedeutung der Studentenhilfe für weite Kreise der Studentenschaft. Und das neue Studentenhaus zeigt der Studentenhilfe neue Aufgaben und Ziele, die über die rein materiellen Interessen der Studentenschaft hinausgehen: durch das Studentenhaus das Gefühl einer wahren civitas academica lebendig zu machen.

AUS DER ARBEIT DER HAMBURGISCHEN GESELLSCHAFT FÜR WOHLTÄTIGKEIT

VON DR. CLARA FRIEDHEIM

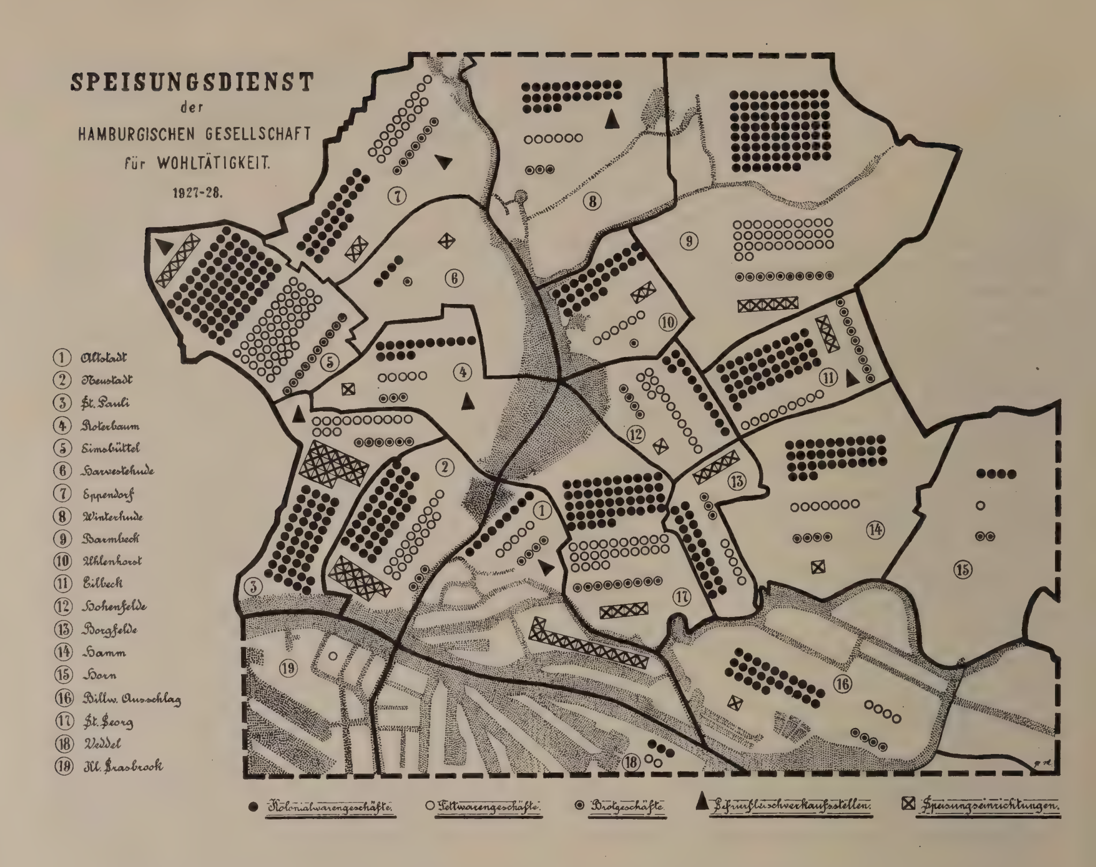
DIE Hamburgische Gesellschaft für Wohltätigkeit hat satzungsgemäß die Aufgabe, „eine planmäßige private Fürsorge zu fördern". Unter dieser Zielsetzung steht ihre gesamte Arbeit. Das dazu führende Mittel wird in einer Vermittlungstätigkeit in des Wortes weitester Bedeutung gesehen: Vermittlung zwischen privaten Gebern und Hilfsbedürftigen, Vermittlung zwischen privaten Gebern und Wohlfahrtsorganisationen, Vermittlung zwischen Wohlfahrtsorganisationen und Hilfsbedürftigen. Auf diese Weise wird eine Ausnutzung der vorhandenen Hilfsquellen, Vermeidung von Doppelarbeit, Erzielung des größtmöglichsten Nutzens mit den geringstmöglichen Unkosten angestrebt.

Diese grundlegende Auffassung hat dem *Speisungsdienst* der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit sein charakteristisches Gepräge gegeben. Seine Entstehung fällt in das Jahr 1923. Die Hamburger Notgemeinschaft, eine freie Vereinigung aller freien Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt, beschloß seinerzeit, um den durch die Entwertungszeit in Not geratenen Mitbürgern durchgreifend helfen zu können, eine Teilung der Aufgabengebiete der Hilfeleistungen und übertrug der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit Organisation und Durchführung des Speisungsdienstes. Von vornherein wurde der Gedanke, eigene Küchen einzurichten, als unzweckmäßig abgelehnt. Es gelang statt dessen die Mitarbeit hilfsbereiter und sachverständiger Kreise zu gewinnen und damit das „Hamburger Speisesystem" zur Durchführung zu bringen. Hierbei werden unter Vermeidung von kostspieligen Neueinrichtungen bestehende Unternehmungen wie Privatmittagstische, Gastwirtschaften, Volksspeisehäuser ohne besondere Verwaltungskosten für die Speisung Bedürftiger nutzbar gemacht. Selbstverständliche Voraussetzung für die Durchführung einer derartigen Regelung ist die Mithilfe des Speisungsgewerbes. Der Ruf an die soziale Hilfsbereitschaft seiner Träger fand bereitwilliges Gehör. Während eines Zeitraums von jetzt über vier Jahren hat diese Arbeitsgemeinschaft zwischen den Vertretern des Speisungsgewerbes und des Speisungsdienstes den Bedürftigen Hamburgs wertvolle Dienste geleistet. Die Lasten sind anteilmäßig verteilt. Die Angehörigen des Speisungsgewerbes gewähren einen zehn- bis zwanzigprozentigen Wohlfahrtsrabatt. Die Schützlinge werden grundsätzlich zur Zahlung herangezogen und geben je nach ihren Verhältnissen ein Gleiches und mehr. Der Speisungsdienst trägt den Rest.

Schon im Jahre 1924 war dem Speisungsdienst wiederholt die Bitte vorgetragen worden, neben der Vermittlung von Speisungen auch die *Ausgabe von Lebensmittelkarten* zu übernehmen, um insbesondere den Bedürfnissen kinderreicher Familien entsprechen zu können. Eine derartige Regelung kam erst zustande, nachdem der Speisungsdienst der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit nach Auflösung der Notgemeinschaft die beauftragte Stelle des Speisungsringes wurde. Dieser *Speisungsring* stellt eine Verbindung der Kleinrentnerspeisung, der Hamburgischen Rentnerhilfe und der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit dar. Er ist somit eine Verbindung von drei Organisationen, die gerade für die Frage der Dauerspeisung als führend zu bezeichnen sind. Der Speisungsring wurde sich alsbald darüber einig, daß eine Einbeziehung der Versorgung mit Lebensmitteln eine wertvolle Ergänzung der ganzen Arbeit sein würde. Die Verteilung der Kosten erfolgt unter den gleichen Gesichtspunkten. 10 v. H. tragen die Einkaufsgenossenschaften bzw. Geschäfte des Kleinhandels, 10 bis 50 v. H. der Schützling selbst oder die für ihn eintretende Organisation und den Rest der Speisungsdienst. Kolonialwaren- und Feinkosthändler, Brotgeschäfte und Gefrierfleischhandlungen haben sich zur Verfügung gestellt, so daß der Schützling beim Umtausch der Karten unter fast allen Lebens- und Genußmitteln wählen kann. Die umstehende Tabelle zeigt den augenblicklichen Stand der Arbeit. Ein engmaschiges Netz von Speiseeinrichtungen und Verkaufsstellen durchzieht unsere Stadt und ermöglicht es mühelos, den besonderen Wünschen des Hilfsbedürftigen Rechnung zu tragen.

Als Beispiel für den Umfang der Vermittlungstätigkeit des Speisungsdienstes seien folgende Zahlen genannt:

In der Zeit vom 1. Oktober 1926 bis 1. Oktober 1927 wurden 43 201 Mahlzeiten und 89 646 Lebensmittelgutscheine vermittelt, insgesamt 132 847 Leistungen im Werte von *Rm. 77 981.10.*



Der Ausbau der Arbeit seit dem 1. März 1925 ist in erster Linie den durch die Wohlfahrtsbehörde gewährten Zuschüssen zu danken. Der Speisungsdienst sieht in der Gewährung dieser Mittel neben der stets dankbar empfundenen materiellen Hilfe gleichzeitig eine grundsätzliche Zustimmung der behördlichen Stellen zu der Art seiner Arbeit. Sowohl für die Vermittlung der Lebensmittel als auch für die der Speisungen gilt, daß diese Einrichtung immer beweglich bleibt. Steigt die Zahl der Bedürftigen, so können ohne Schwierigkeiten, ohne Störung des Aufbaus der Organisation eine größere Anzahl von Plätzen bzw. von Ausgabestellen für Lebensmittel vermittelt werden. Verringert sich die Zahl, so wird auch die Inanspruchnahme der gebotenen Liebestätigkeit sinken, ohne daß dadurch Kosten entstehen. Diese Anpassungsmöglichkeiten beruhen auf der unermüdlichen Arbeitsbereitschaft weiter Kreise. Daß diese Grundlage sich auch in Zukunft als tragfähig erweise, ist Voraussetzung für die weitere Durchführung der Arbeit. Nach den bisherigen Erfahrungen darf als gewiß angenommen werden, daß dieses der Fall sein wird.

Organisatorisch auf einer ähnlichen Grundlage wie der Speisungsdienst ist der *Hauspflegering* aufgebaut, der am 1. April d. J. seine Tätigkeit begonnen hat. Träger dieser Fürsorge war in früheren Jahren der Hauspflegeverein, dessen segensreiche Tätigkeit noch in der dankbaren Rückerinnerung mancher Familien leben wird. Nachdem der Verein in der Entwertungszeit zu einer Einstellung seiner Arbeit gezwungen wurde, fehlte es an einem entsprechenden Organ. Die von der Wohlfahrtsbehörde und von dem Verein für Arbeiterwohlfahrt in zahlreichen Fällen gewährten Hauspflegen können und sollen ihrer Art nach nur für einen bestimmten begrenzten Kreis in Frage kommen. Demgegenüber erwuchs der Wunsch, in Hamburg nach dem Beispiel anderer Städte erneut eine Hauspflegeorganisation auf allgemeiner Grundlage zu schaffen und damit eine in der praktischen Fürsorgearbeit seit Jahren empfundene Lücke zu schließen. Im Hauspflegering sind eine Reihe der

führenden Frauen- und Wohlfahrtsorganisationen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengetreten. Die Geschäftsführung ist der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit übertragen.

Weitere Abteilungen der Gesellschaft suchen den Bedürfnissen der Sondergruppen der Rentner, der Heiminsassen und der Seeleute Rechnung zu tragen.

Die *Ausgabestelle der Gutscheine für Zahnbehandlung* vermittelt bedürftigen Kleinrentnern kostenlose oder verbilligte Zahnbehandlung. Auf Anregung und unter Führung von Herrn Dr. Benrath hat sich die hamburgische Zahnärzteschaft seit 1925 für dieses Liebeswerk zur Verfügung gestellt. Die operative Behandlung ist in jedem Fall kostenlos. Zu den Barunkosten für Zahnersatz ist eine geringe Zuzahlung zu leisten. Die Durchführung der Arbeit erfolgt in Verbindung mit der Kleinrentnerspeisung.

Die Abteilung *Stiftswohnungsvermittlung* hat die Aufgabe, bei dem Suchen nach einer Stiftswohnung behilflich zu sein. Auf Grund eines umfangreichen Materials wird Auskunft darüber erteilt, welches Stift für den betreffenden Bewerber am geeignetsten erscheint. Die große Zahl der in Hamburg vorhandenen Stifte, die sich im einzelnen in bezug auf die Voraussetzungen wie auf die Leistungen wesentlich voneinander unterscheiden, macht eine derartige Beratung vor Einreichung der Anträge wünschenswert. Leider muß sich die Tätigkeit dieser Stelle im wesentlichen auf diese Auskunftserteilung beschränken. Die Nachfrage übersteigt die Zahl der vorhandenen Stiftswohnungen in einem solchen Maße, daß gegenwärtig von einer Vermittlung in des Wortes eigentlicher Bedeutung nur in Ausnahmefällen gesprochen werden kann.

Der *Jugenddienst für das Alter* wirbt in den Kreisen der Jugendbewegung für den Gedanken, den Alltag der Insassen der Altersheime durch Vorträge, Vorlesungen, Gesänge und Tänze zu erhellen. Seit Oktober 1927 finden sich im Versorgungsheim und in Farmsen tagtäglich einzelne junge Menschen oder Gruppen von Freunden ein, um die alten und bettlägerigen Männer und Frauen auf diese Weise zu erheitern. Die Freude, die diese Jugendlichen selbst an ihrem Liebeswerk haben, kommt darin zum Ausdruck, daß der Kreis der Freunde, der sich hierfür zur Verfügung stellt, ständig wächst.

Die *Heimvermittlung für Seeleute* verdankt ihre Entstehung einem Aufsatz in einer hiesigen Tageszeitung, in dem über die Ausnutzung und Heimlosigkeit der Seeleute in den Großstädten geklagt wurde. Diesem Übelstand sucht die Heimvermittlung abzuhelfen, indem sie den Seeleuten kostenlos gute und preiswerte Unterkunft bei Privatleuten nachweist. Diese Arbeit bedeutet ebenso eine Hilfe für den Seemann wie für die Zimmervermieter. Bei dem augenblicklichen Überangebot an Zimmern ist es für manche Kleinrentnerin wesentlich, daß ihr durch die Inanspruchnahme der Heimvermittlung geeignete Mieter nachgewiesen werden können. Die Tätigkeit dieser Stelle erfreut sich der wachsenden Anerkennung der Seeleute und findet auch vonseiten der Reedereien freundliche Förderung.

Neben dieser Vermittlungstätigkeit, die bestimmten Gruppen gilt, steht die Vermittlungsarbeit für die zahlreichen Einzelbittsteller, die an die Gesellschaft herantreten. Zu diesen unmittelbar an die Gesellschaft gelangenden Anträgen kommt die Prüfung und Vermittlung der durch *die Beiratsabteilung* der Gesellschaft eingehenden Anfragen. Diese Abteilung stellt sich Geschäftsunternehmungen und privaten Gebern zur Verfügung, um ihnen die Durchführung der Wohlfahrtsarbeit zu erleichtern und so für eine planmäßige Verwendung der vorhandenen Mittel Sorge zu tragen. Jedes derartig übermittelte Bittgesuch wird durch einen ausführlichen Bericht erwidert, der gleichzeitig Vorschläge für die zweckmäßigste Hilfeleistung enthält.

Die notwendige Ergänzung zu dieser praktischen Fürsorgearbeit bildet eine umfassende *Archivtätigkeit*. Der Wunsch nach einer derartigen Verbindung zwischen Praxis und Theorie ist bereits bei der Gründung der Gesellschaft geäußert und satzungsmäßig festgelegt worden. Seit dem Jahre 1923 ist diese Archivtätigkeit, die während der Kriegs- und Nachkriegszeit durch die Fülle der notwendigen Tagesarbeit eine zeitweilige unfreiwillige Unterbrechung erfahren mußte, planmäßig ausgebaut worden. Das Archiv ist erweitert zu dem *Institut für soziale Arbeit*, dessen Aufgabe es ist, als Vermittlungsstelle den Wissenschaftlern den Weg in die Praxis zu ebnen und den Praktikern die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung zugängig zu machen. Im Rahmen dieser Zielsetzung liegt die Veranstaltung von Besichtigungen sozialer Einrichtungen, Leitung sozialer Studienreisen im In- und Ausland, Herausgabe von Fachschriften sowie des „Führers durch die Wohlfahrtseinrichtungen Hamburgs“ und der Monatsschrift „Die Auslese“, die in Form kurzer Inhaltsangaben einen Überblick über die jeweils erscheinende Buch- und Zeitschriftenliteratur auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege gibt.

Die Eigenschaft einer Vermittlungsstelle bringt es mit sich, daß Inhalt und Umfang der Arbeitsgebiete der Gesellschaft stets beweglich gestaltet sein müssen, um den jeweilig auftretenden Notständen am zweckmäßigsten begegnen zu können.

HAMBURGER HILFSSPENDE

VON FRAU M. DETTMER

DIE *Hamburger Hilfsspende* (Börse, Zimmer 218, Geschäftsführerin Frau *M. Dettmer*) wurde in der Zeit schwerster Not — im Jahre 1920 — von dem damaligen Präses der Handelskammer, Herrn *F. H. Witthoefft*, ins Leben gerufen, um den Angehörigen des gebildeten Mittelstandes, die durch die Folgen des Krieges und durch die Geldentwertung schuldlos in Not geraten waren, zu helfen.

Die Mittel werden durch alljährlich von der Handelskammer veranstaltete Sammlungen unter den Hamburger Firmen aufgebracht. Die Hilfsspende ist hierdurch bisher in der Lage gewesen, die Not der von ihr Betreuten — namentlich ehemals selbständiger Kaufleute mit ihren Familien, höherer Angestellter und Angehöriger der freien und künstlerischen Berufe — zu lindern und hierdurch zur Erhaltung der Gesundheit weiter Kreise der Hamburger Bevölkerung beizutragen.

In erster Linie werden Geldspenden verabfolgt. Da in den in Frage kommenden Kreisen der verschämten Armut alles daran gesetzt wird, nach außen hin das Ansehen aufrechtzuerhalten, liegt besonders häufig die Gefahr der Gesundheitsschädigung durch Unterernährung vor. Die Hilfsspende greift deshalb vielfach auch ein durch Verteilung von Lebensmitteln, die ihr von Hamburger Firmen geschenkt werden, wie Kolonialwaren, Butter und Fette, Stärkungsmittel, Fleisch usw. Im Winter finden diese Verteilungen vierzehntäglich statt an je 150 bis 200 Personen.

In Fällen besonderer Schwäche oder Erholungsbedürftigkeit nach überstandener Krankheit werden große Pflegepakete, bestehend aus Eiern, Butter, Wurst, Speck, Zucker, Kakao und anderem mehr versandt. Auch Milchkuren für Kinder und Schwächliche werden bewilligt. Ebenso werden in Einzelfällen in gut geleiteten Heimen im Harz oder auf dem Lande Erholungsbedürftige untergebracht; auch einige Kinder konnten durch Hergabe von Mitteln für den Aufenthalt in einem Ferienheim gesundheitlich gekräftigt werden in Fällen, in denen weder Wohlfahrtsbehörde noch Krankenkasse eintreten konnten. Vielfach wurden auch auf Monate hinaus warme Mittagsmahlzeiten sichergestellt und hierdurch geschwächten Personen Mut gemacht, den Kampf mit dem Leben neu wieder aufzunehmen.

In den verflossenen sieben Jahren hat die Hilfsspende in über 13 000 Fällen der Not des gebildeten Mittelstandes zu steuern gesucht.

Alle Fälle wurden nach Prüfung stets in Zusammenarbeit mit der privaten und staatlichen Wohlfahrtspflege bearbeitet.

DIE DURCHFÜHRUNG DES GESETZES ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG SCHWERBESCHÄDIGTER

BERICHT DER AMTLICHEN HAUPTFÜRSORGESTELLE HAMBURG LEITER: DIREKTOR KIESSLING

DIE Sorge um das Schicksal der Kriegsbeschädigten, die nach der Art und der Schwere ihrer Verletzung oder Gesundheitsstörung ihren früheren Beruf nicht oder nicht mehr in vollem Umfang wieder aufnehmen konnten, hat bereits während des Krieges zu einer öffentlichen Behandlung der Frage der Einführung eines Einstellungszwanges für öffentliche und private Betriebe Anlaß gegeben.

War es dem Arzt und Orthopäden gelungen, die Schäden weitmöglichst zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, so kam es darauf an, den Heilerfolg durch Gewährung eines Anrechtes auf einen Arbeitsplatz zu sichern und zu ergänzen, die Beschädigten in das Erwerbsleben einzugliedern und zu sorgen, daß sie sich als wertschaffende Mitglieder der Volksgemeinschaft fühlten.

Während des Krieges konnte es bei der Knappheit an Arbeitskräften ohne Mühe gelingen, nahezu alle Beschädigten mit nur teilweiser Arbeitskraft unterzubringen. Es war aber vorauszusehen und mit Sicherheit zu erwarten, daß bei einer Beendigung des Krieges die Schwerkriegsbeschädigten durch das Überangebot an gesunden, voll erwerbsfähigen Personen ihre erlangte Stellung ohne einen Schutz nicht würden behaupten können.

Auf Anregung der Gewerkschaften ist bereits im

Mai 1917 vom Reichstag grundsätzlich ein Einstellungszwang gefordert; im weiteren Verlauf hat der Reichsausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge, der gutachtlich gehört wurde, Leitsätze aufgestellt, die die Grundlage für die spätere gesetzliche Regelung geworden sind. Die Verordnung über die Beschäftigung Schwerbeschädigter, die im Zusammenhang mit den Demobilmachungsverordnungen unter dem 9. Januar 1919 erlassen wurde und einen Einstellungszwang vorsah, ist durch das Kündigungsverbot der Verordnung vom 1. Februar 1919 ergänzt. Die Verordnungen sind im Jahre 1920 durch gesetzliche Vorschriften ersetzt und seither mehrfach nicht unwesentlich verändert worden. Das Ziel ist das gleiche geblieben.

Die Begründung zum Gesetzentwurf führte aus: „Die ausreichendste Rentenversorgung wird den Kriegsbeschädigten nicht den Segen eigener Arbeitstätigkeit ersetzen können. Deshalb muß das oberste Ziel der Kriegsbeschädigtenfürsorge bleiben, allen Kriegsbeschädigten, die noch zu einer Arbeitsleistung fähig sind — und das ist glücklicherweise der größte Teil der Schwerbeschädigten —, zu einer Arbeit zu verhelfen, die ihnen Gelegenheit gibt, die Arbeitsfähigkeit, die ihnen geblieben ist, so weit wie möglich auszunutzen.“

Bei der Vorarbeit fragte es sich, ob nur die *Zahl* der zu besetzenden Plätze durch gesetzliche Vorschriften festgelegt werden sollte oder ob in den einzelnen Betrieben bestimmte, besonders auszuwählende *Arbeitsplätze* (Invalidenposten) Schwerbeschädigten vorzubehalten waren. Das Gesetz hat beide Gedanken verwertet. Ein bestimmter Bruchteil der Arbeitsplätze (2 v. H.) *muß* mit Schwerbeschädigten besetzt werden; im Rahmen dieses Einstellungszwanges sind ferner auf besonderes, ausdrückliches Verlangen der Hauptfürsorgestelle Arbeitsplätze bestimmter Art oder einzelne bestimmte Arbeitsplätze ausschließlich für Schwerbeschädigte freizuhalten.

Wenngleich zunächst der Schutz des Gesetzes nur den Schwerkriegsbeschädigten (Beziehern einer Rente von mindestens 50 v. H.) zukommen sollte, so zeigte sich bereits in der Vorarbeit, daß die Schwerunfallverletzten nicht außer Betracht bleiben konnten, zumal auch die Gefahr einer Verdrängung dieser Verletzten aus erlangten Stellungen durch Schwerkriegsbeschädigte nicht von der Hand zu weisen war und die Unfallgefahren durch die Kriegsverhältnisse zugenommen hatten. Von besonderer Bedeutung ist aber, daß neben Leichtbeschädigten (Beziehern einer Rente von 30 und 40 v. H.) auch andere Schwererwerbsbeschränkte (Erwerbsminderung von mindestens 50 v. H.) den Schutz des Gesetzes genießen können, wenn dadurch die Unterbringung der eigentlichen Schwerbeschädigten nicht gefährdet wird. Damit nimmt sich die soziale Gesetzgebung zum ersten Male der Arbeitsunterbringung von Krüppeln und andern Erwerbsbeschränkten an.

Das Gesetz versucht sein Ziel in einer eigenartigen Verbindung von Zwang und Freiheit zu erreichen. Die Erfüllung der Einstellungspflicht liegt grundsätzlich und im Einzelfall zunächst beim Arbeitgeber. Der Arbeitgeber trifft die Auswahl des einzustellenden Beschädigten und bestimmt im allgemeinen auch den Arbeitsplatz. Ein Zwang setzt erst ein, wenn die Erfüllung der Verpflichtung durch freie Entschließung nicht zu erreichen ist.

Die Sorge um die Durchführung des Gesetzes ist den Hauptfürsorgestellen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge übertragen, die zwar bei Versäumung der Verpflichtungen Zwangsmaßnahmen zur Anwendung bringen können, deren Tätigkeit aber vornehmlich eine überwachende, vermittelnde und ausgleichende ist. Während der Einstellungszwang für alle Betriebe, die mindestens 20 Arbeitsplätze zählen, in Frage kommt, kommt der Kündigungsschutz *allen* Schwerbeschädigten zugute, die einmal einen Arbeitsplatz erlangt haben. Eine Kündigung kann nur mit Zustimmung der Hauptfürsorgestelle erfolgen, die bei ihrer Entscheidung auf die Verhältnisse des Arbeitgebers und des Schwerbeschädigten Rücksicht nehmen muß. Die Kündigungsfrist muß mindestens vier Wochen betragen.

Wie bereits die Begründung annahm, ist ein Erfolg des Gesetzes nur dann verbürgt, wenn es gelingt, ohne Zwangsmaßnahmen auszukommen, den richtigen Beschädigten auf den geeigneten Arbeitsplatz zu bringen und bei den Arbeitgebern Interesse und Verständnis für die Lage des einzelnen Schwerbeschädigten zu gewinnen. Andererseits muß der Beschädigte alles daran setzen, sich den erlangten Arbeitsplatz durch Arbeitswilligkeit und vernünftige Einstellung zu erhalten.

In Hamburg ist das Schwerbeschädigtengesetz im Einvernehmen mit den berufenen Vertretungen der Arbeitgeber und den Gewerkschaften befriedigend durchgeführt worden. Zwangszuweisungen sind im Jahre 1927 nur in sieben Fällen vorgenommen worden. Die Zahl der einstellungspflichtigen Betriebe hat sich seit Kriegsende ständig verringert, während die Zahl der unter den Schutz des Gesetzes fallenden Schwerbeschädigten gestiegen ist. Es waren vorhanden

1925: 3021 Firmen mit 5112 Schwerbeschädigten,
1926: 2843 Firmen mit 5419 Schwerbeschädigten,
1927: 2611 Firmen mit 5728 Schwerbeschädigten.

Die Zahl von 5728 Schwerbeschädigten setzt sich aus etwa 4000 Schwerkriegsbeschädigten, etwa 800 Schwerunfallbeschädigten und etwa 800 Leichtkriegsbeschädigten und andern Erwerbsbeschränkten zusammen, die als Schwerbeschädigte anerkannt worden sind. Da die Gesamtzahl der Kriegsbeschädigten im Hamburger Staatsgebiet nach einer Zählung vom Oktober 1926 rund 12 500 und die Zahl der in dieser Summe enthaltenen *Schwerbeschädigten* rund 45 v. H. = etwa 5600 betrug, ist die Zahl der nicht erfaßten Schwerkriegsbeschädigten nicht unerheblich. Diese verhältnismäßig große Zahl erklärt sich daraus, daß etwa 300 bis 400 Schwerkriegsbeschädigte zu keinerlei Erwerbstätigkeit fähig sind, etwa 300 Schwerbeschädigte ständig in der Vermittlungskontrolle der Schwerbeschädigtenfürsorge stehen und eine allerdings nicht große Anzahl sich in freien, selbständigen Berufen befindet. Es ergibt sich daraus, daß eine verhältnismäßig große Anzahl von Schwerkriegsbeschädigten — also etwa 10 bis 15 v. H. — aus eigener Kraft sich durchzusetzen vermag, ohne die Schutzvorschriften in Anspruch zu nehmen.

Interessieren wird es, daß die Gruppe der mehr als 70 v. H. in ihrer Erwerbsfähigkeit beschränkten Kriegsbeschädigten verhältnismäßig gering ist. Es entfallen unter den Schwerbeschädigten auf eine Erwerbsminderung von

50 v. H.	42,1 v. H.,
60 v. H.	21,8 v. H.,
70 v. H.	16,4 v. H.,
80 v. H.	8,5 v. H.,
90 v. H.	1,6 v. H.,
100 v. H.	9,6 v. H.

der Beschädigten.

In der Gesamtzahl der Kriegsbeschädigten überwiegt die Zahl der Leichtbeschädigten. Nach einer vom Reich bekanntgegebenen Statistik verteilen sich die Beschädigten nach dem Grad der Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit wie folgt:

30 v. H.	38,9,
40 v. H.	16,9,
50 v. H.	18,6,
60 v. H.	9,6,
70 v. H.	7,3,
80 v. H.	3,8,
90 v. H.	0,7,
mehr als 90 v. H.	4,2.

Nach einer Arbeit von Herrn *Dr. Gustav Tonkow*[1] wurden im hamburgischen Staatsgebiet von der *Gesamtzahl* der Beschädigten gezählt

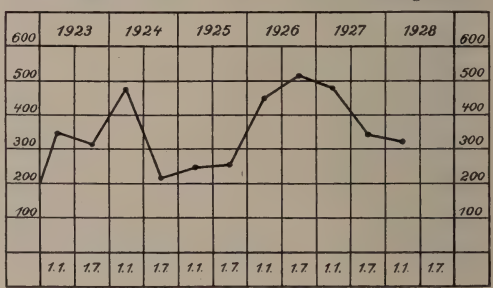
Blindheit	51 Fälle	= 0,4 v. H.,
Lungentuberkulose . . .	873 „	= 7,5 v. H.,
Geisteskrankheit	69 „	= 0,6 v. H.,
Bein- oder Fußverlust . .	997 „	= 8,6 v. H.,
Arm- oder Handverlust .	455 „	= 3,9 v. H.

Was die Art der Verletzungen angeht, so geben über die Schwerkriegsbeschädigten folgende, der gleichen Arbeit entnommene Aufstellungen, die aus einer Erhebung über 497 Schwerbeschädigte in Hamburg resultieren, Auskunft:

Übersicht
über die Dienstbeschädigungsleiden der statistisch erfaßten Schwerkriegsbeschädigten

Beschädigungen	Grad der Erwerbsminderung v. H.						Gesamtzahl
	50	60	70	80	90	100	
a) Äußere:							
Blinde	—	—	—	—	—	4	4
Bein- oder Fußverlust .	19	29	34	15	1	2	100
Arm- oder Handverlust	6	20	20	4	—	1	51
Der oberen Gliedmaßen	45	27	16	1	2	1	92
Der unteren „	36	11	3	3	—	2	55
Kopfverletzungen . . .	8	5	2	1	—	—	16
Sonstige äußere Verletzungen	15	7	3	1	1	1	28
b) Innere:							
Lungentuberkulose . .	25	10	1	5	—	12	53
Lungenleiden (auß. Tbc.)	16	7	3	1	—	1	28
Geisteskrankheiten . .	—	1	—	—	—	6	7
Nervenkrankheiten . .	5	—	1	—	—	1	7
Herzkrankheiten . . .	1	2	2	1	1	—	7
Magen-, Darm- und Nierenleiden	3	1	5	1	—	1	11
Augenleiden	4	1	1	—	—	—	6
Ohrenleiden	6	1	—	—	—	—	7
Sonstige innere Leiden	11	4	3	3	—	4	25
Summe . .	200	126	94	36	5	36	497
v. H. . . .	40,2	25,5	18,9	7,2	1,0	7,2	100

Die allgemeine wirtschaftliche Lage wirkt sich auch auf die Zahl der erwerbslosen Schwerbeschädigten aus:



[1] Hamburger Schriften zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Heft 2. *Dr. Gustav Tonkow:* Das Schicksal der Schwerkriegsbeschädigten in Hamburg. Carl Hinstorffs Verlag, Rostock.

Übersicht

über die Verteilung der Beschädigten auf die einzelnen Berufszweige nach der Art der Dienstbeschädigungen.

Berufszweige	Blinde	Beinverlust	Armverlust	Beschädigung der oberen Gliedmaßen	Beschädigung der unteren Gliedmaßen	Kopfverletzungen	Sonstige äußere Verletzungen	Lungentuberkulose	Lungenleiden (außer Tbc.)	Geisteskrankheiten	Nervenkrankheiten	Herzkrankheiten	Magen-, Darm- und Nierenleiden	Augenkrankheiten	Ohrenleiden	Sonstige innere Leiden	Gesamtzahl absolut	Gesamtzahl v. H.
Selbständig:																		
Freie Berufe, Kaufleute, Händler, Gastwirte	—	10	5	10	3	1	4	1	1	—	—	—	3	1	—	2	41	8,2
Handwerker	—	1	—	3	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	1	9	1,8
Nicht selbständig:																		
Handwerker	—	10	1	10	17	1	—	6	2	1	—	—	2	—	—	1	51	10,2
Handelsangestellte	—	22	10	18	11	1	2	9	3	—	1	—	—	—	—	3	80	16,1
Kellner, Gastwirtsgehilfen	—	—	—	—	—	1	—	3	3	—	—	1	—	1	—	—	9	1,8
Beamte, Bureauangestellte	3	27	17	24	7	5	7	9	8	—	1	—	2	1	1	5	117	23,5
Arbeiter	—	11	4	6	6	4	6	7	1	1	1	—	1	1	4	5	58	11,7
Invalidenposten, Boten, Fernsprechgehilfen	—	7	11	18	4	2	6	6	3	—	—	3	—	—	1	—	61	12,1
Ferner:																		
Erwerbsunfähig	1	4	—	1	4	—	1	10	5	5	3	2	1	—	—	5	42	8,2
Erwerbslos	—	8	3	2	—	1	1	2	—	—	1	1	1	2	1	3	26	5,2
Aus sonstigen Gründen ohne Beschäftigung	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	0,6
Summe	4	100	51	92	55	16	28	53	28	7	7	7	11	6	7	25	497	100

Wenngleich die Zahl von rund 300 erwerbslosen Beschädigten nicht unerheblich ist, so macht sie nur 5 v. H. der Gesamtzahl der Schwerbeschädigten aus. Daß eine restlose Unterbringung aller Beschädigten nicht gelingt, ergibt sich daraus, daß die Beschädigten entweder nach dem geringen Umfang der ihnen verbliebenen Arbeitsfähigkeit und nach der Art ihres Leidens nur unter besonders günstigen Bedingungen auf ganz bestimmten seltenen Arbeitsplätzen untergebracht werden können, wenn sie beispielsweise ausschließlich sitzende Beschäftigung erfordert, oder aber die Unterbringungsmöglichkeit auch durch in der Person der Beschädigten liegende Gründe (Mangel an Einsicht, Arbeitswillen, Berufskenntnissen, Bildungsgrad, Leumund usw.) erschwert wird. Ungünstig wirken sich im besonderen Beinbeschädigungen bei beruflich nicht vorgebildeten Leuten aus.

Nach einer im Juli 1927 vorgenommenen Zählung waren von 392 erwerbslosen Beschädigten:

Oberschenkelamputierte	64
Unterschenkelamputierte und Beinbeschädigte	82
Armamputierte und Armbeschädigte	92
Lungenkranke	38
Innere Leiden	47
Epileptiker, Blinde, Taube, Schwachsichtige, Nervenkranke u. a.	69

Eine weitere Abnahme der Zahl der Erwerbslosen ist noch zu erwarten, da neuerdings der Staat beschlossen hat, in erhöhtem Maße Schwerbeschädigte bei den hamburgischen Behörden einzustellen. Die Pflichtzahl ist freiwillig von 2 v. H. auf $2^{1}/_{2}$ v. H. erhöht worden. In Betracht kommen Schwerbeschädigte, die lediglich nach Art und Schwere ihrer Kriegsbeschädigung nicht vermittelt werden können und länger als 26 Wochen erwerbslos sind.

Wie sich die Beschädigung auf die Dauer der Erwerbslosigkeit auswirkt, läßt nachfolgende Übersicht erkennen:

Monate	Amputierte Oberschenkel	Amputierte Unterschenkel	Amputierte Arm	Beschädigte Bein	Beschädigte Arm	Lungenleiden	Innere Leiden	Nervenleiden	Augen- und Ohrenleiden	Epileptiker	Insgesamt
7	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2
8	—	2	1	2	1	2	—	2	—	—	10
9	2	2	—	—	1	1	3	4	1	—	14
10	2	—	—	3	—	—	1	1	—	1	8
11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
über 12	5	1	2	2	1	5	8	3	3	3	33
	11	5	3	7	3	8	12	11	4	5	69

Erfreulich ist es, daß in Hamburg durch besonderes Entgegenkommen der Verwaltung die Stellen der Parkwächter in den städtischen Anlagen in den Sommermonaten Lungenkranken zugewiesen werden, so daß einer Reihe schwerkranker Personen, die für eine regelmäßige dauernde Beschäftigung nicht in Frage kommen würden, eine zeitweise Beschäftigung vermittelt werden kann.

Die Kriegsblinden konnten in Hamburg, vornehmlich in Staatsbetrieben, untergebracht werden; gute Erfahrungen sind mit der Ausbildung als Maschinenschreiber und Aktenhefter gemacht.

Nicht in allen Betrieben hat die Erfüllung des Gesetzes erreicht werden können, insbesondere in Betrieben mit hoher Unfallgefahr. In solchen Fällen ist angestrebt, Ersatzleistungen zu vereinbaren. Mit den Seeschiffahrtsbetrieben ist ein Abkommen getroffen, nach dem jährlich eine Anzahl von Seereisen für Schwerkriegsbeschädigte zur Verfügung gestellt werden. Das Abkommen hat sich durchaus bewährt und bietet jährlich einer Reihe von Schwerkriegsbeschädigten eine ausgezeichnete Erholungsmöglichkeit, die sich in jeder Beziehung günstig auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat.

Mit einer Reihe anderer kleinerer Unternehmen, die nach der Eigenart des Betriebes oder wegen Fehlens fachlich vorgebildeter Schwerbeschädigter keine Schwerbeschädigten beschäftigen können, sind Vereinbarungen getroffen, daß entweder jugendliche Krüppel oder Kriegerwaisen eine Berufsausbildung erhalten oder Kriegerwitwen in angemessenem Umfang beschäftigt werden.

Der Überblick über die Ziele und Aufgaben sowie die Durchführung des Gesetzes in Hamburg wird die außerordentliche Bedeutung dieses Zweiges der sozialen Fürsorge, die der ärztlichen Bemühung um die Erwerbsbefähigung zum praktischen Erfolg verhilft, erkennen lassen. Steht auch heute noch die Unterbringung der Schwerkriegsbeschädigten im Vordergrunde, so zeigt sich doch, daß bereits in nicht unerheblichem Umfang Krüppel jeder Art und andere Erwerbsbeschränkte mit Erfolg in Arbeitsplätzen haben untergebracht werden können und daß auch bei einer allmählichen Abnahme der Zahl der unterzubringenden Kriegsbeschädigten das Gesetz durch vermehrte Unterbringung erwerbsbeschränkter Personen seine ursprüngliche Bedeutung stets behalten wird.

VON DER STAATLICHEN ARBEITSFÜRSORGE FÜR ERWERBSBESCHRÄNKTE

VON ARTHUR REHBERG, GESCHÄFTSFÜHRER

DIE Nachkriegszeit hat die öffentliche Fürsorge vor Aufgaben gestellt, die sie vor dem Kriege in diesem Umfange nicht gekannt hat. Soweit wir in der Vorkriegszeit von einer Fürsorge für Erwerbsbeschränkte im besonderen sprechen können, war dieses ein Betätigungsfeld der privaten Fürsorge. Die Blinden- und Krüppelfürsorge hat schon vor dem Kriege auf diesem Gebiete Arbeit geleistet, die von der heutigen staatlichen Fürsorge für Erwerbsbeschränkte als Vorarbeit angesprochen werden kann. In besonderen Anstalten und Einrichtungen war die private Fürsorge bemüht, diese Bedauernswerten durch planmäßige Erziehung und Gewöhnung soweit wie möglich arbeitsfähig zu machen. Soweit der Staat Arbeitsfürsorge für Erwerbsbeschränkte leistete, beschränkte sich diese auf die Beschäftigung in den Alters- und Versorgungsheimen. Darüber hinaus ist vielleicht noch die Wanderfürsorge als Arbeitsfürsorge zu nennen. Das Problem, die Erwerbsbeschränktenfürsorge in einem größeren Umfange und systematisch zu gestalten, wurde erst durch die Nachkriegszeit aktuell. Die dem Kriege folgende Massennot hat breite Schichten der Bevölkerung, die nicht mehr im Vollbesitz ihrer Arbeitsfähigkeit waren, gezwungen, eine ihren Kräften entsprechende Verwendung ihrer Arbeitskraft zu suchen. Alt-, Invaliden- und Unfallrentner, die in der Vorkriegszeit mit Hilfe ihrer Renten im Familienhaushalt geschützt und geborgen waren, wurden durch die Not gezwungen, sich dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung zu stellen. Zu diesen sind dann noch die vielen Hunderttausende Kriegsbeschädigter zu zählen. Zum erstenmal in der Geschichte der Völker hat das Reich in seiner Fürsorge für die Kriegsbeschädigten grundsätzlich neue Wege beschritten. Durch das Gesetz betr. die Beschäftigung und Einstellung von Schwerkriegsbeschädigten wurden alle Arbeitgeber gezwungen, unter bestimmten Voraussetzungen eine fest umgrenzte Anzahl Schwerkriegsbeschädigte zu beschäftigen. Durch dieses Gesetz ist es gelungen, dem größten Teil der vom Kriegsschicksal besonders schwer betroffenen Volksgenossen eine einigermaßen sichere Existenz zu schaffen. Besonders wertvoll macht dieses Gesetz die Bestim-

mung, die auch die Anwendung des durch das Gesetz gewährten Schutzes auf die Friedensblinden und andern Schwerbeschädigten zuläßt.

So erfreulich diese Reichsarbeitsfürsorge für Schwerbeschädigte ist, so unerfreulich sind die Auswirkungen des Gesetzes für diejenigen Volksgenossen, die durch Alter, Krankheit, Invalidität oder sonstige Umstände ebenfalls erwerbsbeschränkt sind, aber nicht das „Glück" haben, schwerbeschädigt im Sinne des Schwerbeschädigtengesetzes zu sein. Durch den gesetzlichen Zwang, eine bestimmte Zahl Schwerbeschädigte zu beschäftigen, ist die Neigung der Arbeitgeber, über diesen Kreis hinaus noch Erwerbsbeschränkte aufzunehmen, naturgemäß sehr gering. Es soll auch zugegeben werden, daß bei der außerordentlich großen Schärfe des Konkurrenzkampfes den Arbeitgebern eine weitere Belastung durch die Beschäftigung von Erwerbsbeschränkten ohne Gewährung eines Äquivalents schwer zugemutet werden kann. In einer Volkswirtschaft, die nicht privatwirtschaftlich orientiert ist, würde die Beschäftigung der nicht vollerwerbsfähigen Arbeitskräfte sicher kein Problem mehr sein. Durch eine planmäßige Organisation wäre es eine Leichtigkeit, die Verteilung der Arbeitskräfte nach ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten so vorzunehmen, daß jede Arbeitskraft auf dem für sie geeigneten Arbeitsplatz sehr produktive Arbeit leisten könnte. Was auf diesem Gebiete möglich ist, beweist Henry Ford in seinen Werkstätten, ebenso die Siemens-Schuckert-Werke mit der Beschäftigung einer großen Anzahl Blinder. Es würde zu weit führen, sich an dieser Stelle mit den Erfahrungen dieser beiden Betriebe, die durchaus nicht schattenlos sind, zu beschäftigen. Es genügt der Hinweis, um zu zeigen, daß, volkswirtschaftlich gesehen, die Beschäftigung der Erwerbsbeschränkten nur eine Frage der Organisation ist. Die Unterbringung der *nicht* schwerbeschädigten Erwerbsbeschränkten ist heute weit schwieriger, als die Vermittlung Schwerbeschädigter. Sie sind es, die jahrelang den öffentlichen Arbeitsnachweis bevölkern und die, in der Erwerbslosenfürsorge ausgesteuert, zu den Dauerunterstützungsfällen der Wohlfahrtsbehörde zählen. Diese Tatsache hat, wie in vielen Großstädten, auch in Hamburg Veranlassung gegeben, sich mit der Frage zu beschäftigen, was soll aus diesen sehr bedingt arbeitsfähigen Menschen werden. Man war sich durchaus klar, daß dieses Problem sich nicht erschöpfte in der materiellen Fürsorge für diese Bedauernswerten. In Hamburg wurde diese Frage in einer Sitzung des damaligen Armenkollegiums vom 4. Dezember 1919 auf Veranlassung des Herrn Staatsrat *Dr. Loose* besprochen. Die Verhandlungen führten zur Einsetzung eines Ausschusses, zu dem unter anderm Vertreter des Arbeitsamtes, des Gewerkschaftskartells und anderer Körperschaften zugezogen wurden. Die Beratungen im Ausschuß führten zu dem Vorschlag, innerhalb des öffentlichen Arbeitsnachweises einen Spezialnachweis für Erwerbsbeschränkte zu schaffen. Die Beratungen über die zweite Frage, die dem Ausschuß zur Beantwortung vorgelegt wurde, ob es sich empfehle, besondere Werkstätten für Erwerbsbeschränkte zu errichten, sind nicht zu Ende geführt worden. Am 6. April 1920 begann der von der Behörde für das Arbeitsamt errichtete Arbeitsnachweis für Erwerbsbeschränkte seine Tätigkeit. Ein Zufall führte dann kurze Zeit darauf zur Schaffung von eigenen Werkstätten für Erwerbsbeschränkte. Abgängiges Heeresgut wurde in jener Zeit naturgemäß viel gehandelt und im besonderen den Kommunen zur Verwertung empfohlen. Die Behörde für das Arbeitsamt erwarb in großen Mengen alte Militärtornister, Leibbinden, Brustschützer und Filzstiefel von der ehemaligen Heeresverwaltung. Dieses Heeresgut gab das Rohmaterial ab für die Beschäftigung von erwerbsbeschränkten Personen. Diese Werkstätten, die am 1. August 1920 mit sechs Personen den Betrieb begannen, wurden von dem Arbeitsnachweis für Erwerbsbeschränkte verwaltet. Aus diesen Anfängen heraus haben sich dann die heutigen Hamburger Werkstätten für Erwerbsbeschränkte entwickelt. Erfahrungen irgendeiner Art standen den Werkstätten nicht zur Verfügung. Weder organisatorisch noch kaufmännisch noch lohnpolitisch konnten irgendwelche Erfahrungen diesem jungen Zweig der Arbeitsfürsorge nutzbar gemacht werden. Als ein unfreiwilliger Helfer, aber darum nicht minder wertvoller Helfer ist die Inflationszeit anzusprechen. Nicht Qualität, sondern Quantität hieß die Parole. So war es auch möglich, die ersten Erzeugnisse der Werkstätten abzusetzen, die in der heutigen Zeit sicher unverkäuflich bleiben würden. Die Entwicklung der Werkstätten nahm so schnell eine ungeahnte Ausdehnung, daß bereits 1922 die Behörde für das Arbeitsamt mit der Finanzdeputation sich der Notwendigkeit gegenübergestellt sahen, den Werkstätten eine andere Organisationsform zu geben. Diese Verhandlungen hatten dann das Ergebnis, daß Senat und Bürgerschaft die Betriebswerkstätten der Behörde für das Arbeitsamt in eine G. m. b. H. umwandelten. Am 1. April 1924 begannen die Werkstätten unter der heutigen Bezeichnung: Hamburger Werkstätten für Erwerbsbeschränkte G. m. b. H. in ihrer neuen Rechtsform ihre Arbeit aufzunehmen. Alleiniger Gesellschafter ist der Hamburger Staat. Privates Kapital ist nicht beteiligt. Im Gesellschaftsvertrag wird als Aufgabe der Werkstätten

die Beschäftigung erwerbsloser und fürsorgebedürftiger Erwerbsbeschränkter, soweit sie in Hamburg wohnhaft sind und ihnen durch den öffentlichen Arbeitsnachweis auf dem freien Arbeitsmarkt Arbeit nicht vermittelt werden kann, bezeichnet. Aufgabe der Gesellschaft ist auch, diesen Erwerbsbeschränkten sobald wie möglich die Erwerbsbefähigung für den freien Arbeitsmarkt zu geben. Bedeutungsvoll ist noch die Bestimmung des Gesellschaftsvertrages, nach der die Gesellschaft ausschließlich gemeinnützig und wohltätig arbeiten soll, aber als ein auf eigenen Füßen stehendes Unternehmen ohne jegliche Staatszuschüsse.

Es hat bei der Gründung der Gesellschaft nicht an Stimmen gefehlt, die die Existenzmöglichkeit eines solchen Unternehmens bezweifelten und mit Sorge die Weiterentwicklung verfolgen zu müssen glaubten. Um so erfreulicher ist es, festzustellen, daß allen Skeptikern und Neidern zum Trotz die Werkstätten sich seit ihrer Gründung in ununterbrochener Aufwärtsentwicklung befinden. Einige Zahlen mögen dies dartun:

Umsatz:

1924/25	299 435.50 Rm.
1925/26	455 255.— „
1926/27	596 767.— „
1927/28	659 915.02 „

Beschäftigungsziffer

1. April 1924	264 Personen
1. April 1925	225 „
1. April 1926	216 „
1. April 1927	278 „
1. April 1928	375 „

Wer ist nun erwerbsbeschränkt? Dieser Begriff ist naturgemäß äußerst schwankend, und eine einheitliche Auffassung besteht daher hinsichtlich der Begrenzung des Personenkreises nicht. Die Hawee sieht eine Erwerbsbeschränkung gegeben, wenn die betreffenden Personen nicht mehr im vollen Besitz ihrer Leistungsfähigkeiten sind und dadurch oder infolge sonstiger in der Person begründeter Umstände auf dem freien Arbeitsmarkt nicht oder nur mit schweren Hindernissen zu vermitteln sind. Eine Gesundheitsübersicht von den zur Zeit in den Werkstätten beschäftigten Personen zeigt folgendes Bild:

Asthma	10 Personen
Geistesschwäche	50 „
Körperschwäche	39 „
Lungenleiden	23 „
Hüftgelenkentzündung	18 „
Magenleiden	15 „
Taubstummen resp. taub	35 „
Augenleiden resp. blind	18 „
Herzleiden	8 „
Unterleibsleiden	10 Personen
Alterserscheinungen	65 „
Kleinheit	4 „
Künstlicher Fuß	3 „
Fußverkrüppelung	13 „
Nierenleiden	40 „
Lähmungen	19 „
Epilepsie	6 „
Rheuma	9 „
Schlaganfall	2 „
Rückgratverkrümmung	7 „
Beinlähmung	19 „
Schlafsucht	1 „
Kunstbein	5 „
Knochenbrüche	10 „
Handverkrüppelung	4 „
Nervenleiden	4 „
Lupus	2 „
Tabes	1 „
Gliederverkrüppelung	15 „

Die Erwerbsbeschränkungen der vorstehenden Personen sind verursacht durch:

Krankheit	65 Personen
Geburtsfehler	97 „
Unfall	16 „
Kriegsbeschädigung	8 „
Alterserscheinungen	74 „

Das schwierigste Problem wird immer die Ermittlung eines gerechten Lohnsystems bleiben. Die Leistungsfähigkeit der Erwerbsbeschränkten ist so unterschiedlich, daß ein Zeitlohn naturgemäß Ungerechtigkeiten nach der einen oder andern Seite mit sich bringen muß. Die Zahlung eines Tarifzeitlohnes, wie er in der freien Wirtschaft für vollwertige Arbeitskräfte gezahlt wird, ist schon deshalb ausgeschlossen, weil die Erzeugnisse dann konkurrenzunfähig werden müßten. So hat sich als Lohnnorm der Stücklohn herausgebildet. Als Basis gilt der Tariflohn der betreffenden Branche, dem gewöhnlich ein sogenannter Schlüssel beigegeben ist, der angibt, welche Arbeitszeit im Durchschnitt auf eine bestimmte Arbeitsleistung verwendet werden darf. So sagt z. B. der Schuhmachertarif, daß für Herrensohlen und -absätze $2^1/_2$ Tarifstunden zu zahlen sind. Diese $2^1/_2$ Stunden werden auch dem Erwerbsbeschränkten gezahlt, unabhängig davon, ob er infolge seiner Erwerbsbeschränkung eines größeren Zeitaufwandes bedarf. Nach diesem Prinzip wird in sämtlichen Abteilungen verfahren. Nach der jüngsten Statistik erreichten vom Tariflohn:

bis 100 v. H.	53 Personen
„ 90 „	18 „
„ 75 „	24 „
„ 60 „	24 „

bis 50 v. H.	11	Personen
„ 40 „	31	„
„ 33 „	34	„
„ 25 „	27	„
„ 20 „	16	„
„ 15 „	14	„
„ 10 „	6	„
„ 6 „	2	„

Die Gesamtleistung des Betriebes im Jahresdurchschnitt ist etwa 59 v.H., der Leerlauf daher 49 v.H. Nach Abteilungen berechnet beträgt der Leerlauf in der

Bürstenabteilung	42 v. H.	Polsterei	40 v. H.
Tischlerei	$9^1/_2$ „	Schuhmacherei	29 „
Konfektion	29 „	Stuhlflechterei	52 „
Wäscheabteilung	63 „	Buchbinderei	46 „
Mattenflechterei	66 „	Zupferei	81 „

Welche Belastung diese Zahlen bedeuten, mag die Mitteilung illustrieren, daß unter Außerachtlassung der Abteilung Arbeitslehrwerkstätten, Bureauangestellte usw. für die beschäftigten 296 Personen 174 gesunde Arbeitskräfte genügten, um dieselbe Arbeitsleistung zu erzielen. Es laufen in der Konfektion nach dieser Berechnung 7 elektrische und 1 Fußnähmaschine und in der Wäscheabteilung 7 elektrische und 21 Fußnähmaschinen als überzählig, die nicht erforderlich wären, wenn Vollerwerbsfähige beschäftigt würden. Bleibt der erreichte Arbeitsverdienst hinter dem Existenzminimum zurück, wird dieser nach Richtlinien, die mit der Wohlfahrtsbehörde vereinbart sind, durch Zuschüsse der Wohlfahrtsbehörde ergänzt. Von den 13478 Entlohnungsfällen des letzten Jahres wurden 46 v. H. nicht bezuschußt, 38 v. H. erhielten einen Teilzuschuß, und nur 16 v. H. erhielten Vollzuschuß.

Durch die Beschäftigung der Erwerbsbeschränkten sind der Wohlfahrtsbehörde im letzten Jahre Rm. 81 742.— an Unterstützung erspart, die hätten gezahlt werden müssen, wenn den Erwerbsbeschränkten in der Hawee keine Beschäftigungsmöglichkeit geboten wäre. An Wohlfahrtsunterstützung wurde dem Hamburger Staat erspart:

1924/25	Rm. 45 000.—
1925/26	„ 46 195.—
1926/27	„ 74 567.—
1927/28	„ 81 742.—

Als neues Arbeitsgebiet übernahm die Hawee im Herbst vorigen Jahres die Arbeitsfürsorge für die entlassenen Hilfsschüler. Die für diesen Zweck im Zweigbetrieb errichteten Arbeitslehrwerkstätten sind die Verwirklichung von Bestrebungen, die seit 1892 in Hamburg verfolgt wurden. — Jugendbehörde, Wohlfahrtsbehörde, Arbeitsbehörde, Berufsschulbehörde und die Hawee haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft vereinigt. Die Hilfsschüler werden durch die Abteilung VIa der Jugendbehörde den Arbeitslehrwerkstätten zugeführt. Soweit die Eltern das Lehrgeld nicht tragen können, übernimmt die Wohlfahrtsbehörde diese Kosten. Die Arbeitsbehörde versucht die Hilfsschüler nach der Entlassung aus den Arbeitslehrwerkstätten in Verbindung mit der Abteilung VIa der Jugendbehörde auf dem freien Arbeitsmarkt unterzubringen. Die Berufsschulbehörde sorgt für die Durchführung des Fortbildungsschulunterrichts im Werkstattgebäude. Die Arbeitslehrwerkstätten stehen unter pädagogischer Leitung. Für die wirtschaftlichen Belange sorgt die Hawee, die das Rohmaterial liefert und die Fertigerzeugnisse übernimmt. Die unterrichtlichen und erzieherischen Aufgaben der Hawee zielen auf die Vorbereitung der Hilfsschüler für die Verwendung in einem bestimmten Beruf bzw. als ungelernte Arbeiter auf dem freien Arbeitsmarkt ab. Am 31. März 1928 waren

48 männliche und 12 weibliche Hilfsschüler

in den Arbeitslehrwerkstätten beschäftigt. Wenn sich auch zur Zeit ein abschließendes Urteil über die Erfahrungen der Arbeitslehrwerkstätten nicht fällen läßt, so ermutigen diese und besonders die Sympathien der Eltern zu den schönsten Hoffnungen.

Zusammenfassend darf gesagt werden, daß die Arbeitsfürsorge für Erwerbsbeschränkte heute ihre Existenzberechtigung in jeder Beziehung bewiesen hat. In sämtlichen Großstädten und in vielen mittleren Städten sind gleiche Einrichtungen, wenn auch nicht so umfangreich wie in Hamburg, vorhanden. Wichtiger aber als diese praktische Anerkennung ist die Verankerung der Arbeitsfürsorge für Erwerbsbeschränkte in der Reichsgesetzgebung.

In der Reichsfürsorgepflichtverordnung wird angeführt, daß die Fürsorge den Hilfsbedürftigen tunlichst in den Stand setzen soll, sich und seinen Angehörigen den Lebensunterhalt selbst zu beschaffen. — In den Reichsgrundsätzen wird die Erwerbsbefähigung für die Blinden, Taubstummen und Krüppel zum notwendigen Lebensbedarf gezählt und machen dafür die hierzu notwendigen Maßnahmen zur unabweislichen Pflicht der Fürsorgeträger. Der § 4 der obenerwähnten Reichsgrundsätze betont dieses noch besonders: „Die Fürsorge soll auch Einrichtungen für Hilfsbedürftige, besonders solche zur Beschäftigung Erwerbsbeschränkter, fördern, wenn sie die Einzelfürsorge entlasten, sparsam wirtschaften und die öffentlichen Mittel zweckentsprechend verwenden.“ Möchte dieser hohe sittliche Wille in der Praxis der Finanzbehörde, der Behörden und Hamburger Staatsanstalten mehr als bisher zu erkennen sein. — Nicht Almosen, sondern Arbeit ist die beste Fürsorge!



Aufnahmeraum des Obdachlosenhauses in Hamburg



Warteraum des Obdachlosenhauses in Hamburg

POLIZEILICHES OBDACHLOSENHAUS FÜR MÄNNL. PERSONEN, NEUSTÄDTER STRASSE 31

VON VERWALTUNGSDIREKTOR HILLE

DAS neue, modern eingerichtete Asyl ist in der inneren Stadt (Altstadt) im sogenannten Gängeviertel auf einem Hofe belegen. Es ist ein Backsteingebäude mit vier Obergeschossen und feuersicheren Betondecken. Das Innere ist zweckentsprechend einfach ausgestattet. Die Reinigung der Räume wird durch Absprengen mit Wasser bewirkt. Die Fußböden sind gegen das Eindringen von Wasser geschützt und mit Wasserablauf versehen. Den besonderen Erfordernissen entsprechen auch die Lagerstätten der Obdachlosen. Sie bestehen aus eisernen Drahtnetzpritschen und werden ohne Stoffauflage benutzt. Die Koch- und Wascheinrichtung sowie die Heizungs- und Desinfektionsanlagen werden mit Dampf betrieben. Die Beleuchtung ist elektrisch. Die Waschbecken und Klosetts sind aus Steingut hergestellt. Das Obdachlosenhaus hat Zu- und Ausgang nach zwei Straßen. Es enthält außer den Verwaltungsräumen:

- 2 Wartehallen,
- 2 Baderäume für Reine (Brausebad),
- 2 Desinfektionsräume für Unreine mit Brausebad,
- 2 Waschräume,
- 1 Kochküche mit 4 Kochkesseln für Dampfheizung (zusammen ungefähr 1100 Liter fassend),
- 4 Arrestzellen mit Doppelpritschen,
- 11 große Schlafsäle mit zusammen 1350 Ruhelagern,
- 6 Abortanlagen.

Die Aufnahme beginnt in der Zeit vom 1. April bis 30. September um 19 Uhr nachmittags und in der Zeit vom 1. Oktober bis 31. März um 17 Uhr nachmittags. Um zu verhindern, daß die Einlaß-



Küche des Obdachlosenhauses in Hamburg



Tagesraum der Jugendabteilung des Obdachlosenhauses



Leseraum der Jugendabteilung des Obdachlosenhauses



Schlafraum der Jugendabteilung des Obdachlosenhauses

begehrenden sich in den benachbarten Straßen ansammeln, wird der Warteraum schon einige Zeit vorher geöffnet. Vor der Aufnahme hat jeder Obdachlose zu baden. Er hat zu melden, wenn er unrein ist, damit seine Bekleidungsstücke desinfiziert werden können. Erst dann erfolgt die eigentliche Aufnahme. Als Abendverpflegung werden den Insassen des Obdachlosenhauses je $1^1/_2$ l warmes Essen und 100 g Brot und als Morgenverpflegung je 170 g Brot und 1 l Kaffee gewährt. Aus erzieherischen Gründen wird die Abendverpflegung in der Regel im Sommerhalbjahr nur bis 21 Uhr und im Winterhalbjahr nur bis 20 Uhr verabfolgt.

Über die aufgenommenen Personen wird eine Kartei geführt. Im kriminalpolizeilichen Interesse wird eine scharfe Personenkontrolle ausgeübt. Auch ist zur Fahndung auf gesuchte Personen ein Kriminalbeamter im Obdachlosenhause stationiert. Die Fremdenpolizei richtet ihr Augenmerk besonders auf zugereiste Obdachlose, die hier nicht beheimatet sind und keine feste Arbeit finden können. Mit den hiesigen Fürsorgebehörden, wie Arbeitsamt, Wohlfahrtsbehörde und Jugendamt, steht die Polizeibehörde in enger Zusammenarbeit.

Dem Obdachlosenhause ist eine Jugendherberge des Jugendamts für Personen bis zu 18 Jahren angegliedert. Diese Abteilung enthält einen Tagesraum, ein Lesezimmer und einen Schlafraum mit 70 Betten. Die Polizeibehörde hat nur für Verpflegung und Unterkunft Sorge zu tragen. Betreut werden die Jugendlichen von Pflegern des Jugendamts.

Im Jahre 1926 sind 313 547, im Jahre 1927 311 007 obdachlose Männer im polizeilichen Obdachlosenhause beherbergt worden. Etwa 75 v. H. aller dort aufgenommenen Personen sind nicht in Hamburg beheimatet.

HAMBURGER ASYLVEREIN FÜR OBDACHLOSE FRAUEN, MÄDCHEN UND KINDER, BUNDESSTR.

VON VERWALTUNGSDIREKTOR HILLE

DAS Asyl wurde im Jahre 1881 mit privaten Mitteln gegründet. Das auf Staatsgrund errichtete massive, zweistöckige Gebäude enthält im Erdgeschoß die Verwaltungsräume, einen Baderaum und ein Untersuchungszimmer für die Geschlechtskrankenfürsorge. Im I. und II. Stock befinden sich vier Schlafsäle und ein Kinderzimmer mit insgesamt 70 Betten. Diese Räume sind ferner mit Tischen, Bänken und Waschvorrichtungen ausgestattet.

Das Frauenasyl wurde bis zum Jahre 1920 aus freiwilligen Jahresbeiträgen der Mitglieder des Asylvereins, aus Legaten und Schenkungen unterhalten. Seitdem ist der Verein hauptsächlich auf Staatsunterstützungen angewiesen. Die Anstalt wird von ihm in enger Zusammenarbeit mit der Polizeibehörde, der Wohlfahrtsbehörde und der Gesundheitsbehörde geleitet. Die Aufnahme beginnt in der Zeit vom 1. April bis Ende September um 18 Uhr, in der Zeit vom 1. Oktober bis Ende März um 17 Uhr. Außer Unterkunft wird als Abendverpflegung warmes Essen und Brot, als Morgenverpflegung Kaffee und Brot in ausreichenden Mengen unentgeltlich gewährt.

Im Jahre 1926 sind 13 569, im Jahre 1927 9895 Frauen, Mädchen und Kinder im Frauenasyl beherbergt worden.

HAMBURGER ARBEITER-KOLONIE

VON LANDGERICHTSDIREKTOR DR. H. SCHRÖDER

DIE Kolonie ist am 1. Dez. 1891 von den Herren Baron Jasper von Örtzen, Frederick Freiherrn von Schröder und Emil Köhn zu dem Zweck errichtet, um

1. arbeitsfähige und arbeitslose, alleinstehende Männer jeder Konfession und jeden Standes, soweit sie wirklich noch arbeitsfähig sind, so lange in den Räumen der Kolonie zu beherbergen, zu beschäftigen und zu versorgen, bis es möglich geworden ist, ihnen anderweitig ein geordnetes Fortkommen zu verschaffen.
2. den arbeitsscheuen Männern jede Entschuldigung abzuschneiden, sie hätten kein Obdach und keine Arbeit und müßten deshalb zum Betteln und unehrlichen Erwerb greifen.

Die Kolonie wurde zunächst im Hause Neustädter Neuerweg 43 eröffnet. Am 1. Nov. 1892 wurde sie nach dem jetzigen Hause Billhorner Kanalstr. 50 verlegt.

Im Laufe der Zeit sind verschiedene Arbeitszweige aufgenommen: eine Schuhmacherei, eine Schlosserei, Klempnerei, Malerei und Holzzerkleinern. Die Arbeiten werden grundsätzlich im Anstaltsgebäude verrichtet, doch werden zuverlässige Kolonisten auch zur Verrichtung von Hausarbeiten, wie Teppichklopfen und Holzzerkleinern, abgegeben.

Im Jahre 1913 wurde eine Wanderarbeitsstätte eingerichtet, die aber im Kriege wieder eingegangen ist.

Im Laufe des Jahres 1927 fanden 701 arbeitsfähige und 167 arbeitsunfähige Personen Aufnahme in der Anstalt. Die letzteren bestanden aus Leichtkranken und Rekonvaleszenten, die von der Krankenhausfürsorge überwiesen wurden, sowie aus Altersschwachen, die für das staatliche Versorgungsheim vorgemerkt waren. Von den Arbeitsfähigen haben 143 Mann Stellung durch verschiedene Arbeitsnachweise erhalten. 69 Mann sind auf Grund eines mit dem Arbeitsamt getroffenen Abkommens bei Notstandsarbeiten beschäftigt. Der tägliche Durchschnitt besteht an Kolonisten und Überwiesenen aus 143, die mit Holzspalten, Bürstenmachen, Steinnußschälen, Tischler-, Schlosser- und Schneiderarbeiten beschäftigt wurden. Einige waren in der Brockensammlung tätig.

Seit dem 1. April 1927 besteht wieder eine Wanderarbeitsstätte. Hier können 40 Wanderer Aufnahme finden. Der tägliche Durchschnittsbestand betrug 25 Mann. Die Aufenthaltsdauer beläuft sich auf einen bis fünf Tage. Während der Zeit werden die Wanderer gegen Arbeitsleistung verpflegt; ihnen wird Gelegenheit geboten, die hiesigen Arbeitsnachweise aufzusuchen. Auf Grund eines Wanderscheines können sie sich in gegebener Entfernung in den Wanderstätten der Provinz Hannover sowie in den Verpflegungsstätten in Mittel- und Süddeutschland Unterkunft geben lassen. Da die Einnahmen aus den Arbeitsbetrieben und die Beihilfen zu den Verpflegungskosten für die von der Wohlfahrtsbehörde Überwiesenen zur Bestreitung aller Unkosten nicht ausreichen, hat der Senat aus Mitteln der produktiven Erwerbslosenfürsorge einen Zuschuß gewährt.

Im Jahre 1898 wurde eine Tochteranstalt, die Heimatkolonie „Schäferhof“, auf dem gleichnamigen, bei Pinneberg gelegenen, etwa 1400 Morgen großen Gute eingerichtet. Der Zweck besteht darin, Personen, die ihrer Veranlagung nach ohne Anleitung sich auf ordentlicher Bahn nicht halten können, einen dauernden Aufenthalt zu gewähren. Die dort Anwesenden müssen sich auf ein Jahr verpflichten, wenn auch eine Möglichkeit nicht besteht, sie gegen ihren Willen dort festzuhalten. Viele von den Kolonisten haben dort lange Jahre sich aufgehalten und bis an ihr Lebensende ein Unterkommen gefunden. Auf dem Gute wird ein vollständiger landwirtschaftlicher Betrieb durchgeführt, neben reichlicher Viehzucht wird Getreide gebaut. Bei Übernahme des Gutes waren 1000 Morgen urbar gemachter Boden, während 400 Morgen aus Heide bestanden. Diese sind im Laufe der Zeit bis auf einen kleinen Rest urbar gemacht und bringen erfreuliche Erträge an Getreide. Ein Kolonistenhaus für 120 Kolonisten ist von Freunden der Anstalt geschenkt worden. Die Inanspruchnahme der Anstalt läßt in letzter Zeit zu wünschen übrig. Die Zahl der Kolonisten hat im Jahre 1927 den Durchschnittssatz von 80 nicht überschritten. Da die Arbeitskräfte der Kolonisten regelmäßig stark herabgemindert sind, ist die geringe Zahl der Kolonisten nicht nur aus dem Grunde zu bedauern, daß die Anstalt nicht mehr Personen ihre Fürsorge zuwenden kann, sondern es wird auch die Durchführung des Betriebes erschwert.



Haus der Hamburger Arbeiter-Kolonie



Modell des Männerheims der Heilsarmee Groß-Borsteler Chaussee 35

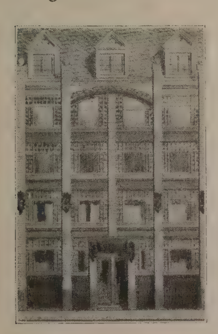
HEIME DER HEILSARMEE IN HAMBURG

VON JOHANNES HEIN, CHEFREDAKTEUR

WIE in andern Großstädten, so unterhält die Heilsarmee auch in Hamburg eine Reihe sozialer Anstalten, die nach dem Grundsatz dieser Organisation jedem Hilfsbedürftigen ohne Unterschied des Glaubens, der Partei- oder Staatsangehörigkeit offenstehen.

Von den fünf Männerheimen sind die Heime Gustavstraße 12 (158 Betten) und Nagelsweg 29 (167 Betten) Logisheime, während Albertstraße 11 (112 Betten) und Borsteler Chaussee 35 (2 Häuser mit 84 Betten) Industrieheime sind, d. h. der Aufgenommene kann hier durch Arbeit (Holzhacken, Papiersortierung, Gelegenheitsarbeiten) seinen Unterhalt verdienen. Ein Hospiz (Talstraße 11, 35 Betten) bietet gute und billige Unterkunft.

Über die Arbeit der Männerheime geben vielleicht einige Zahlen Aufschluß. Es wurden in den vier erstgenannten im Laufe des Jahres 1927 159 354 Betten besetzt, 528 819 Mahlzeiten verabreicht. An Barentschädigung erhielten die Männer in den Industrieheimen über den freien Unterhalt hinaus 37 495.72 Rm., wovon sie 8694.86 Rm. sparten. Wie groß das Bedürfnis für solche Heime in einer Stadt wie Hamburg ist, ersieht man daraus, daß nicht weniger als 7303 Männer wegen Überfüllung zurückgewiesen werden mußten.



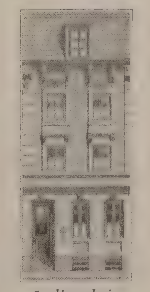
Ledigenheim Neue ABC-Straße 9

Für Frauen und Mädchen unterhält die Heilsarmee in Hamburg zwei Ledigenheime (Neue ABC-Str. 9 mit 60, Winkelstraße 37 mit 30 Betten) und ein Mädchenheim (Hammer Landstraße). In den Ledigenheimen wurden 17 139 Betten besetzt, 46 101 Mahlzeiten verabreicht.

Bei ihrem Wirken hat die Heilsarmee bei den Behörden und den führenden Persönlichkeiten viel Verständnis gefunden. So schrieb z. B. Albert Ballin einmal: „Von allen philanthropischen Werken ist die Heilsarmee sicherlich eine der großzügigsten und wirksamsten. Kein wohldenkender Mensch sollte der Heilsarmee seine Sympathie und seine Unterstützung versagen."

Richard Dehmel meinte: „Wer auch nur einer einzigen Menschenseele die erhabene Einbildung ihrer Mitarbeit an einem göttlichen Weltplan einpflanzt, der mag unter Gott verstehen, was er will, und mag ihn verkündigen, wie er will, er pflanzt Lebensfreude und Schaffenslust fort. Die Heilsarmee vollbringt dies geistige Werk jahraus jahrein an tausenden Seelen, die sonst im Frondienst der körperlichen Notdurft jämmerlich verkümmern würden."

Eine besondere Veranstaltung ist auch die alljährlich wiederkehrende Weihnachtsbescherung, bei der im letzten Jahr 757 Familien bedacht wurden.



Ledigenheim Winkelstraße 37

BAULICHE ANLAGEN DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSPFLEGE

VON OBERBAURAT LENTHE

SCHLACHT- UND VIEHHOF.

DIE Schlacht- und Viehhofanlagen Hamburgs befinden sich nahe der Altonaer Grenze im Stadtteil St. Pauli. Zwischen dem Bahnhof Sternschanze und der Lagerstraße liegt ein Pferdeschlachthof und der für den Kälber- und Schweinemarkt bestimmte Viehhof Sternschanze, der durch einen Tunnel unter der Lagerstraße hindurch mit dem Schweineschlachthof verbunden ist. Dieser erstreckt sich von der Lagerstraße bis zur Kampstraße. Jenseits der Kampstraße schließt der bis zur Feldstraße reichende Rinderschlachthof an; jenseits der Feldstraße dehnt sich an der Westseite des Heiligengeistfeldes der große Zentralviehmarkt für Rinder aus, der durch Gleisanlagen mit dem Güterbahnhof Sternschanze verbunden ist. Das über einen Kilometer lange Gelände ist also durch drei Hauptverkehrsstraßen getrennt, und Schlachthofbetrieb und Straßenverkehr stören sich gegenseitig sehr. An Nebenanlagen sind noch vorhanden die Talgschmelze, das Kühlhaus und die Häutesalzerei, die alle privatwirtschaftlich betrieben werden. Schließlich ist noch die Seequarantäne-Anstalt (Kontumazhof) zu nennen, die für seewärts eingeführte ausländische Rinder bestimmt ist. Alle diese Betriebe liegen an der Kampstraße. Da der Kontumazhof den gesetzlichen Vorschriften nicht mehr entspricht, soll an anderer Stelle ein neuer Seegrenzschlachthof errichtet werden.

Die Schlacht- und Viehhofanlagen umfassen eine Grundfläche von 16½ Hektar. Die Hauptgebäude stammen aus den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, haben aber später noch manche Erweiterungen erfahren. Viele alten Bauten und Einrichtungen entsprechen nicht mehr den modernen Bedürfnissen. Baulich bemerkenswert ist aber noch heute die große Rinderhalle auf dem Zentralviehmarkt, die in ihrer übersichtlichen Weiträumigkeit und Helligkeit hervorragend für Märkte und Viehausstellungen geeignet ist. Auch die hohen hellen Schweineschlachthallen sind in ihrer Art als vorzügliche Bauleistungen anzusehen.

Der Schlachthof war bereits vor dem Kriege so überlastet, daß auf dem Platze der ehemaligen Zollvereinsniederlage an der Lagerstraße der Neubau eines Schweineschlachthofes beschlossen war, dessen Ausführung aber durch den Krieg verhindert wurde. Nach dem Kriege sind jahrelange Unterhandlungen darüber geführt, ob die alten Schlacht- und Viehhofanlagen erweitert oder an einer andern Stelle neu aufgebaut werden sollen. Die meisten Großstädte haben zwar augenblicklich die gleichen Schwierigkeiten zu überwinden, doch wohl nirgends treten sie so stark in Erscheinung wie in Hamburg, wo nur noch wenige Freiflächen vorhanden sind und keine Möglichkeit besteht, angrenzendes preußisches Gebiet für einen neuen Schlachthof zu erhalten. Die Anlagen inmitten der Stadt sind nicht mehr zeitgemäß, und städtebaulich ist es erwünscht, daß sie sobald wie möglich verlegt werden, denn Schlacht- und Viehhof in Verbindung mit dem Heiligengeistfeld bilden jetzt gleichsam eine Barre, die die dahinter liegenden östlichen Stadtteile von der übrigen Stadt trennt. Leider ist aber das Gelände an der Bille noch nicht baureif. Es muß noch vier Meter aufgehöht und mit Sielleitungen, Kanälen und Straßen versehen werden. Außerdem sind die Verhandlungen mit der Reichsbahn über die Anlage eines Güterbahnhofes noch nicht abgeschlossen, so daß die Inanspruchnahme dieses Geländes für einen neuen Schlachthof vorläufig noch nicht möglich ist. Die stärksten hygienischen und betriebstechnischen Bedenken sprechen aber dagegen, den Betrieb auf dem alten Schlachthof noch jahrelang in der heutigen Art weiterzuführen. Daraus ergibt sich, daß in jedem Falle, ob nun sofort ein neuer Schlachthof gebaut werden könnte oder erst später, der alte Schlachthof so erweitert und erneuert werden muß, daß er für die Zwischenzeit, bis die neue Anlage fertig ist, genügt.

Die wirtschaftlichen Bedenken, die gegen die baldmöglichste Verlegung eines solchen Riesenbetriebes sprechen, sind so stark, daß alle städtebaulichen und sonstigen Rücksichten dahinter zurücktreten müssen. Handelt es sich doch nicht nur um die Kosten des Neubaues, sondern auch um Verlegung der Privatbetriebe, die mit dem Schlacht- und Viehhofe zusammenhängen und in seiner Nähe sich angesiedelt haben. Der alte Schlachthof soll daher vorläufig an seiner Stelle belassen werden und solange wie möglich durch Erweiterungen und Modernisierung erhalten bleiben. Wie lange dieses möglich sein wird, hängt einmal von der Zunahme der Bevölkerung und der Schlachtungen ab, in erster Linie aber von der begrenzten Leistungsfähigkeit des Bahnhofes Sternschanze. Wann der Zeitpunkt eintreten wird,

wo eine Verlegung des Schlacht- und Viehhofes nicht mehr zu vermeiden ist, kann nicht vorausgesehen werden. Voraussichtlich wird aber die alte Anlage noch etwa zwei Jahrzehnte bleiben können.

Die beiden Hauptübelstände, an denen jetzt der alte Schlachthof krankt, bestehen in der Überlastung der alten Schweineschlachthallen und in dem Fehlen einer Verkaufshalle für eingeführtes Gefrier- und Frischfleisch. Eine ordnungsmäßige Handhabung der Fleischbeschau ist bei der heutigen Enge der Hallen nicht möglich, so daß vor allem auch aus hygienischen Gründen eine Erweiterung der Schweineschlachthallen dringend erforderlich ist. Das von auswärts zugeführte Frischfleisch sowie das über See eingeführte Gefrierfleisch müssen heute dort, wo gerade Platz ist, in den Schlachthallen zum Verkauf gestellt werden. Der Schlachthofbetrieb wird dadurch gestört, und den Verkäufern entstehen überflüssige Kosten dadurch, daß ein fester Verkaufsplatz nicht angewiesen werden kann.

Um diesen beiden Hauptmängeln abzuhelfen, wird jetzt auf der ehemaligen Zollvereinsniederlage an der Lagerstraße ein neuer Schweineschlachthof errichtet, und nach seiner Fertigstellung sollen die alten Schweineschlachthallen zu einer Fleischverkaufshalle mit Gleisanschluß umgewandelt werden.

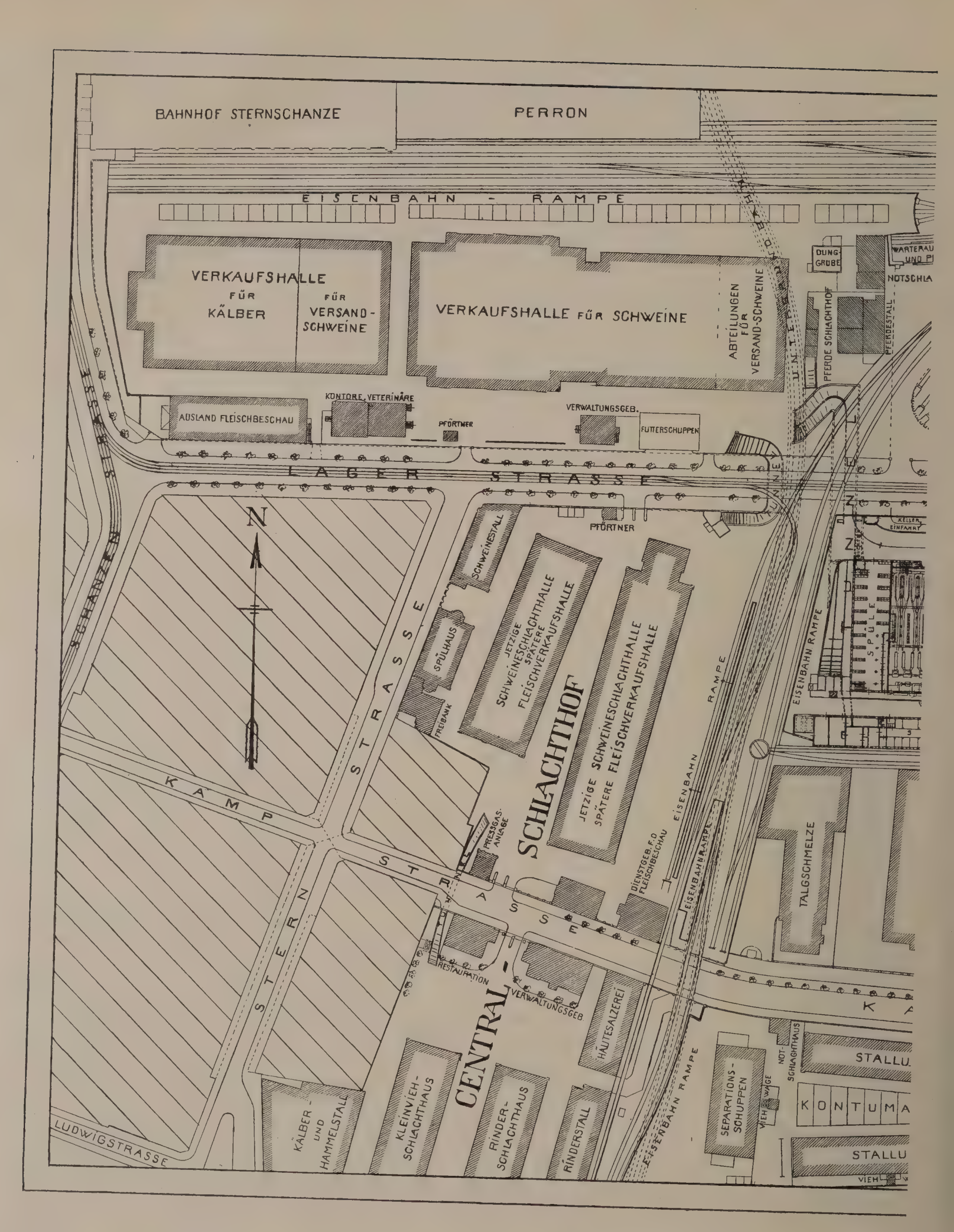
Bevor mit dem Neubau des Schweineschlachthofes begonnen werden kann, müssen die alten Gebäude auf der ehemaligen Zollvereinsniederlage abgebrochen werden. Da diese Räume vom Staat fast durchweg an solche Mieter abgegeben sind, die auf unmittelbare Nachbarschaft des Güterbahnhofes Sternschanze angewiesen sind, bedeutet die Kündigung eine große Härte. Es ist daher bei der Räumung mit möglichster Nachsicht und Zahlung von Entschädigungen vorgegangen worden. Mit dem Neubau wird in diesem Sommer begonnen werden. Auf dem beigefügten Lageplan ist bereits der fertige Zustand dargestellt.

Von dem östlichen Ende des Viehhofes an der Sternschanze führt ein Tunnel unter der Lagerstraße hindurch, durch den die Schweine nach dem neuen Schlachthof getrieben werden. Der 96 Meter tiefe Bauplatz ist so eingeteilt, daß auf das Stallgebäude 13 Meter, auf den Triftweg 10 Meter, auf die Schlachthalle etwa 52 Meter und auf die Abfuhrstraße 21 Meter entfallen. Von der Zollvereinsniederlage werden zunächst zwei Drittel der Gesamtfläche in Anspruch genommen, das letzte Drittel bis zur Karolinenstraße bleibt für etwaige spätere Erweiterung vorbehalten.

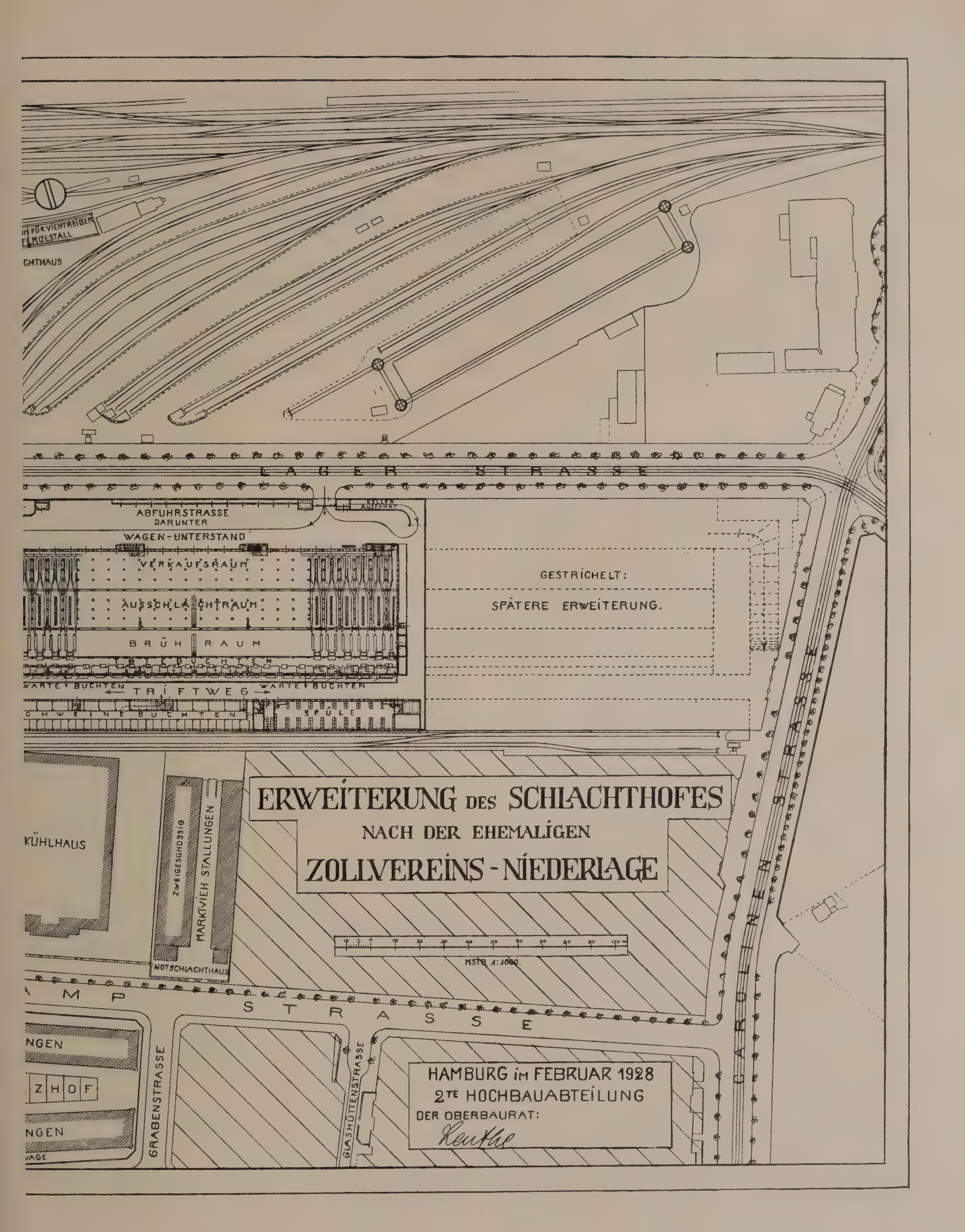
Die Enge des zur Verfügung stehenden Platzes einerseits und die Ausdehnung der Anlage anderseits (Länge der Schlachthalle 184 Meter) zwang zu einer dichten Zusammenlegung der Räume, damit die Wege zwischen den verschiedenen Arbeitsstellen möglichst verkürzt werden. Die Einrichtung der Schlachthalle weicht in mancher Beziehung von den üblichen Anlagen ab. Um eine Kreuzung der Verkehrsrichtungen zu vermeiden und die Schlachthalle vom Lärm und Verkehr zu entlasten, ist z. B. für die Beförderung der Eingeweide nach den Spülen ein unterirdischer Gang vorgesehen. Durch diese Anordnung wird nebenbei auch jede Berührung der ausgeschlachteten reinen Schweine mit den Gedärmen vermieden. Die Tiefenlage des Sieles ermöglichte es, auch die Spülen mit dem Gang auf gleicher Höhe anzulegen. Eine weitere Neuerung besteht darin, daß unmittelbar mit dem Ausschlachteraum ein großer Abhänge- und Verkaufsraum verbunden ist und direkt unter dem Verkaufsraum Kühl- und Pökelräume und über dem Verkaufsraum Kontore angeordnet sind. Da auch noch die Möglichkeit gegeben ist, das Fleisch sowohl im Erdgeschoß als auch im Keller abzufahren, so dürfte hiermit wohl den Großschlachtern ein Maximum an Betriebserleichterung geboten sein. Wie aus dem Plan zu ersehen, ist das Erdgeschoß der Schlachthalle in der Längsrichtung in Wartebuchten, Tötebuchten, Brühraum- und Ausschlachteraum und Abhänge- und Verkaufsraum aufgeteilt. Die Schweine gelangen in gerader Linie durch alle diese Räume hindurch bis zum Abhängeraum, ohne daß dieser Weg durch eine andere Verkehrsrichtung gekreuzt wird. Die Schweine können von dort durch Hängebahnen weiter bis zur Abfuhrstraße oder in den Keller hinein befördert werden. Die jetzt übliche Art des Tötens, bei der die Schweine mit einem spitzen Haken, der ihnen in die Kinnbacken geschlagen wird, auf den Schragen gezogen und durch einen Keulenschlag zunächst betäubt werden, hört selbstverständlich auf, statt dessen wird eine Schweinefalle verwendet, in der die Tiere entweder mit der Pistole oder durch Hammerschlag betäubt werden.

Es sind in der neuen Halle 24 große Brühbottiche von 1.80 : 3.00 Meter Innenmaß für Großschlachter und vier kleine Brühbottiche von 1.80 : 1.50 Meter für Ladenschlachter vorgesehen.

Im Gebäude südlich des Triftweges sind in zwei Stockwerken Stallungen untergebracht. Am östlichen Ende liegt eine zweite Spüle, darüber die Trichinenschau. Im Obergeschoß des Mittelbaues sind reich bemessene Räume zum Aufenthalt, Frühstücken, Umkleiden, Waschen und Baden vorgesehen, und zwar getrennt nach Kopfschlachtern, Meistern und Schlachthofpersonal. Am westlichen Ende sind im Erdgeschoß Räume für Notschlachtungen und Konfiskate, im Obergeschoß Werkstätten angeordnet. Der ganze Neubau wird rund 6 000 000 Rm. kosten.



BAHNHOF STERNSCHANZE
PERRON
EISENBAHN - RAMPE
VERKAUFSHALLE FÜR KÄLBER
FÜR VERSAND-SCHWEINE
VERKAUFSHALLE FÜR SCHWEINE
ABTEILUNGEN FÜR VERSAND-SCHWEINE
DUNG-GRUBE
NOTSCHLA
PFERDE SCHLACHTHOF
PFERDESTALL
AUSLAND FLEISCHBESCHAU
KONTORE, VETERINÄRE
PFÖRTNER
VERWALTUNGSGEB.
FUTTERSCHUPPEN
LAGER STRASSE
SCHANZEN STRASSE
N
PFÖRTNER
SCHWEINESTALL
SPÜLHAUS
FREIBANK
JETZIGE SCHWEINESCHLACHTHALLE SPÄTERE FLEISCHVERKAUFSHALLE
JETZIGE SCHWEINESCHLACHTHALLE SPÄTERE FLEISCHVERKAUFSHALLE
SCHLACHTHOF
KAMP STRASSE
PRESSGAS-ANLAGE
DIENSTGEB. F. D. FLEISCHBESCHAU
EISENBAHN RAMPE
EISENBAHNRAMPE
EISENBAHN RAMPE
SPÜLE
TALGSCHMELZE
STERN STRASSE
RESTAURATION
VERWALTUNGSGEB.
CENTRAL-
HÄUTESALZEREI
KÄLBER- UND HAMMELSTALL
KLEINVIEH-SCHLACHTHAUS
RINDER-SCHLACHTHAUS
RINDERSTALL
EISENBAHN RAMPE
SEPARATIONS-SCHUPPEN
VIEHWAGE
NOT-SCHLACHTHAUS
STALLU
KONTUMA
STALLU
LUDWIGSTRASSE


ERWEITERUNG DES SCHLACHTHOFES
NACH DER EHEMALIGEN
ZOLLVEREINS-NIEDERLAGE
LAGER STRASSE
ABFUHRSTRASSE DARUNTER
WAGEN-UNTERSTAND
VERKAUFSRAUM
AUSSCHLACHTRAUM
BRÜHRAUM
GESTRICHELT:
SPÄTERE ERWEITERUNG.
TRIFTWEG
WARTEBUCHTEN
SCHWEINEBUCHTEN
SPÜLE
KÜHLHAUS
ZWEIGESCHOSSIG
MARKTVIEH STALLUNGEN
NOTSCHLACHTHAUS
MSTB 1:1000.
CAROLINEN STRASSE
GRABENSTRASSE
GLASHÜTTENSTRASSE
HAMBURG im FEBRUAR 1928
2TE HOCHBAUABTEILUNG
DER OBERBAURAT:

HYGIENISCHES INSTITUT.

An einer vom Großstadtlärm etwas abgelegenen Ecke der alten Wallanlagen steht zwischen Jungiusstraße und Bei den Kirchhöfen das Hygienische Institut. Es besteht aus einem Verwaltungsgebäude, einem Laboratoriumshaus mit mehreren kleinen Nebenhäuschen, der Erdbebenstation und dem Direktorwohnhause. Baulich bietet die Anlage wenig Bemerkenswertes. Die Laboratorien sind allerdings mit allen neuzeitlichen Einrichtungen ausgestattet. Die Bauten genügen schon längst nicht mehr den Anforderungen. Die Verhandlungen über Erweiterung der Anlage sind aber noch nicht zu einem Abschluß gekommen.

ABDECKEREI.

Auch die Abdeckerei am Rande der Stadt an der Steilshoper Straße ist baulich ohne Bedeutung. Die Gebäude sind nach und nach um einen großen Hofplatz herum entstanden. In der Mitte steht nach der Straße zu das Verwaltungs- und Wohnhaus, nördlich davon liegen die Betriebsgebäude, Kessel- und Maschinenräume; im Süden schließen die Pferde-, Hunde- und andere Ställe den Hof ab, während auf der Ostseite Wagenschuppen und Ausläufe für Tiere angeordnet sind. Für den Neubau der Abdeckerei wird zur Zeit ein Entwurf in der Hochbaudirektion ausgearbeitet.

DIE STADTÄRZTE

VON PHYSIKUS PROF. DR. SIEVEKING UND PHYSIKUS PROF. DR. VERSMANN

DIE vielseitigen Aufgaben des stadtärztlichen Dienstes klar und knapp zu umreißen, ist einigermaßen schwierig. Erschöpfen sie sich doch nicht in der Abgabe kurzer oder längerer Gutachten der verschiedensten Art an Behörden und Gerichte, sondern sie liegen vor allem in der für die Vorbereitung zum Erlaß verwaltungstechnischer oder gesetzlicher Bestimmungen wichtigen Kleinarbeit und in der Aufstellung und Durchberatung von Entwürfen dazu. So wird es auch verständlich, daß die Tätigkeit der Stadtärzte selbst im Laufe der Zeit erheblichem Wechsel unterworfen gewesen ist und wohl auch bleiben wird. Mag in früheren Jahren ihr Schwergewicht in zeitraubenden Besichtigungen und gerichtlichen Terminen, in der Durchführung des Nahrungsmittelgesetzes und der Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln, später in der Durchführung der Brunnenordnung und des Gesetzes über die Aufbewahrung und Beseitigung von Abwässern, Fäkalien und sonstigen Abfallstoffen in den nicht an die städtische Wasser- und Sielleitung angeschlossenen Vororts- und Landgebieten gelegen haben, so traten in der Kriegszeit die ärztliche Seite der Lebensmittelrationierung und in der Nachkriegszeit die Begutachtung von Wohnungen in den Vordergrund, mehrten sich auch erfreulicherweise allmählich wieder die Vorlagen über Neubauten und Umbauten gewerblicher Anlagen, über Neubaupläne für öffentliche Zwecke (Schulen u. a.) und über private Neubauten auf dem Landgebiet mit Brunnen und Abwasserkläranlagen, die alle der stadtärztlichen Begutachtung unterliegen. Manche andere Aufgaben haben im Laufe der Zeit einen solchen Umfang angenommen, daß sie selbständige Zweige der Gesundheitsverwaltung mit eigenen verantwortlichen Leitern wurden und vom stadtärztlichen Dienst abgezweigt werden mußten, so der schulärztliche Dienst, die Fürsorge für Lungenleidende, die Säuglingsfürsorge und die Bekämpfung der Kurpfuscherei. In allen diesen Dingen aber haben die Stadtärzte doch noch dauernd fördernd und beratend zu tun, und die regelmäßige laufende Arbeit ist deshalb nicht geringer geworden. Sie betrifft vor allem die Überwachung der ansteckenden Krankheiten in den Häusern, Schulen und Arbeitsstätten sowie die dafür erforderlichen Ermittlungen und Anordnungen (Absonderung, Desinfektion u. a.). In gleicher Weise werden die gewerblichen Erkrankungen mit Hilfe des Gewerbeaufsichtsamts und (soweit technische Dinge in Frage kommen) des Hygienischen Instituts überwacht. In der Nahrungsmittelkontrolle ist es besonders ein wichtiger Zweig, die Milchversorgung, der angesichts seiner vielseitigen Schwierigkeiten dauernde Aufmerksamkeit erfordert (Milchanfuhr, Milchläden, Milchverkauf). Hier greift mit Zustimmung der zuständigen preußischen Verwaltungsstellen die Tätigkeit der Stadtärzte auch auf das entferntere Landgebiet hinüber, besonders in der Vorzugsmilchversorgung. Im Stadtgebiet erfordert die Nahrungsmittelkontrolle eine innige Zusammenarbeit mit der Polizeibehörde, dem Hygienischen Institut und der bakteriologischen Station des Veterinärwesens, auf andern Gebieten vor allem mit der Oberschulbehörde und der Baubehörde. Neuerdings führt die Einrichtung und der Betrieb von Schul- und Ferienheimen auch in weitere Fernen hinaus. Dauernd werden sämtliche Drogenhandlungen, Farbenverkaufsläden, Mineralwasserfabriken und

AUS DEM JAHRESBERICHT DES STATISTISCHEN LANDESAMTS 1926

Wohnungsbau in der Stadt Hamburg 1910 bis 1926

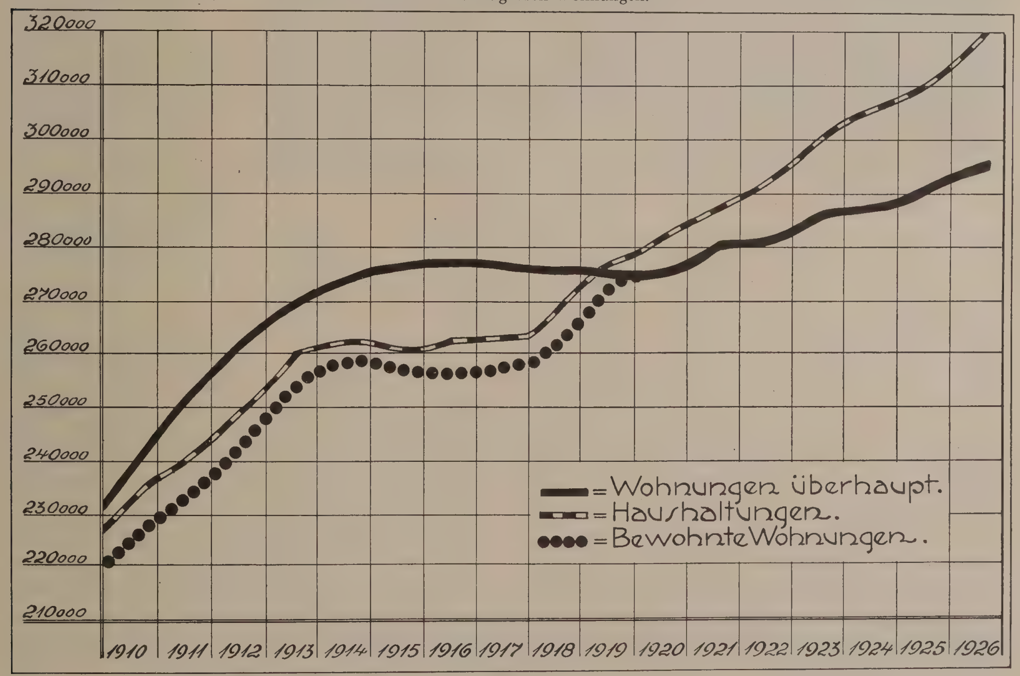
Die Tafel zeigt durch die Größe des jeweils gezeichneten Hauses, wie der Wohnungsbau, der im Jahre 1910 einen Höhepunkt erreicht hatte, schon bis zum Jahre 1913 allmählich immer mehr zurückgegangen war und im Kriege schließlich fast ganz aufgehört hatte. Nach dem Kriege stieg der Wohnungsbau wieder bis zum Jahre 1923, im folgenden Jahre trat nach der Stabilisierung der Währung wieder ein Rückschlag ein, dem eine erfreuliche Aufbesserung in der Jahren 1925 und 1926 folgte.

17890 1910
11743 1911
11598 1912
8301 1913
4937 1914
1610 1915

493 1916
84 1917
77 1918
678 1919
1992 1920
2420 1921
2763 1922
3202 1923
1501 1924
3086 1925
4142 1926

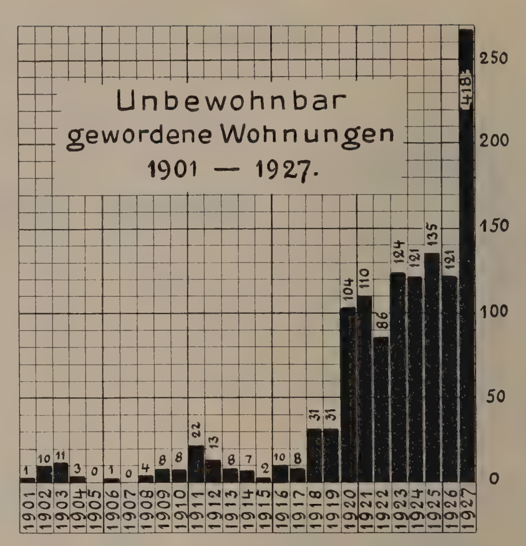
Wohnungen und Haushaltungen in der Stadt Hamburg 1910 bis 1926

Bis zum Jahre 1919 waren mehr Wohnungen als Haushaltungen und ein genügender Vorrat an Leerwohnungen vorhanden. Seit dem Jahre 1919/20 sind die Leerwohnungen verschwunden, und die Zahl der Haushaltungen ist in zunehmendem Maße größer geworden als die der verfügbaren Wohnungen.



Bierdruckapparate von der Polizeibehörde und einem wissenschaftlichen Rat des Hygienischen Instituts überholt, die Stadtärzte haben bei Vorlage der Protokolle entsprechende Anträge zu stellen und zu begründen. Das gleiche geschieht mit den seitens der technischen Beamten der Landherrenschaft ausgefertigten Protokollen über die regelmäßigen Besichtigungen von Brunnen und Abwasserkläranlagen. Unmittelbar zu beaufsichtigen haben die Stadtärzte die sogenannten niederen Herbergen; ihr Gutachten wird bei jeder Neukonzessionierung oder bei einem Umbau eingeholt. An den Sitzungen des Wohnungspflegeamts hat ein Stadtarzt als Vertreter der Gesundheitsbehörde ständig auf Grund des Gesetzes über die Wohnungspflege teilzunehmen. Alle Beschwerden über irgendwelche hygienischen Mißstände, üble Gerüche, Lärm, Verschmutzung u. a. werden den Stadtärzten zugeführt, damit sie für Abstellung sorgen. Ihr Einfluß gilt für so hoch, daß z. Z. Wohnungsbeschwerden und -gesuche ohne Zahl bei ihnen einlaufen. Sie sind nach dem Gesetz über das Gesundheitswesen die amtlichen ärztlichen Sachverständigen für alle Behörden und Privaten in Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege. Dabei bleibt ihrer eigenen Initiative ein weiter Spielraum. Sie haben jederzeit freien Zutritt zu allen öffentlichen und privaten Grundstücken, Gebäuden und Wohnungen und können alle erforderliche Auskunft verlangen.

Der stadtärztliche Dienst ist so geregelt, daß die Stadt entsprechend dem Alsterlauf und das Landgebiet nach Größe der Enklaven in zwei annähernd gleiche Hälften geteilt und je einem Stadtarzt zugewiesen ist, dem ein technischer Beamter zur Seite



steht. Im Stadt- und Landgebiet sind die Distriktsärzte gehalten, ihnen, falls erforderlich, an die Hand zu gehen. Die Städte Bergedorf und Cuxhaven haben ihren Amtsphysikus mit den stadtärztlichen Dienstaufgaben betraut.

Erwähnt sei zum Schluß nur noch, daß von der stadtärztlichen Verwaltungsabteilung allwöchentlich ein Bericht über die Bevölkerungs- und Gesundheitsverhältnisse (Geburten, Todesfälle und Erkrankungen) im hamburgischen Staat veröffentlicht und daß von dieser Abteilung auch die medizinische Statistik Hamburgs bearbeitet wird.

Beispiel eines Wochenberichts über die medizinische Statistik des hamburgischen Staates

Woche vom 22. Juli bis 28. Juli 1928

Gebiet	Geborene[1]				Gestorbene – Todesursachen																			
	lebendgeboren	totgeboren	ehelich	unehelich	Kindbettfieber	Scharlach	Masern	Diphtherie	Keuchhusten	Typhus	Ruhr, übertragbare	Genickstarre, epidemische	Tuberkulose	Lungenentzündung	Influenza	Krankheiten der Atmungsorgane	Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall	darunter Kinder unter 1 Jahr	Selbstmord	Mord und Totschlag	Verunglückung	Alle übrigen Todesursachen	Im ganzen	Kinder unter 1 Jahr
A. Stadt- und Vororte	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	19	12	2	4	7	4	7	—	13	163	231	27
Wochevom 15.7. bis 21.7.28	382	14	347	49	1	1	1	—	1	1	—	—	12	9	1	5	6	6	8	1	11	179	237	30
„ „ 8.7 „ 14.7.28	394	8	350	52	1	1	—	—	1	—	—	—	24	16	—	4	2	—	5	1	4	120	179	17
„ „ 1.7. „ 7.7.28	112	4	102	14	2	1	2	—	2	1	—	—	20	16	3	2	2	1	9	—	9	176	245	23
„ „ 24.6. „ 30.6 28	314	7	291	30	2	1	—	—	2	—	—	1	10	14	2	1	2	—	5	—	5	133	178	15
„ „ 17.6. „ 23.6.28	212	12	197	27	1	2	1	—	1	—	—	—	25	14	—	7	—	—	4	—	12	166	233	21
B. Übriges Gebiet	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	-	2	—	2	4	9	—
Wochevom 15.7. bis 21.7.28	22	1	20	3	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	4	7	16	2
C. Gesamtes Staatsgebiet	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	20	12	2	4	7	4	9	—	15	167	240	27
Wochevom 15.7. bis 21.7.28	404	15	367	52	1	1	1	1	1	1	—	—	14	9	1	5	6	6	10	1	15	186	253	32

Gebiet	Gestorbene auf 1000 Einwohner und auf 1 Jahr berechnet		Gemeldete Erkrankungen													
	in der Berichtswoche	in den Jahren von 1918 bis 1927	Kindbettfieber	Scharlach	Masern	Diphtherie	Keuchhusten	Typhus	Paratyphus	Ruhr, übertragbar	Genickstarre, epidemische	Kinderlähmung, frische spinale	Trachom	Parotitis, epidem. (Mumps)	Milzbrand	Nahrungsmittelvergiftung
A. Stadt- und Vororte	10,9	12,9	4	30	22	6	22	6	3	3	1	1	—	4	—	—
Wochevom 15.7. bis 21.7.28	11,2	12,9	5	35	52	10	27	1	1	1	—	1	—	6	—	—
„ „ 8.7 „ 14.7.28	8,4	12,9	3	30	62	9	11	—	2	3	—	—	—	3	1	—
„ „ 1.7. „ 7.7.28	11,5	12,9	3	52	87	18	25	4	3	3	—	—	—	9	—	—
„ „ 24.6. „ 30.6 28	8,4	12,9	4	92	64	12	18	2	—	1	—	—	—	9	—	—
„ „ 17.6. „ 23.6.28	11,0	12,9	9	34	62	13	27	—	1	1	1	—	1	5	—	—
B. Übriges Gebiet	5,9	10,7	—	1	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Wochevom 15.7. bis 21.7.28	10,5	10,7	—	3	1	1	—	—	-	-		-	-		-	—
C. Gesamtes Staatsgebiet	10,5	12,8	4	31	25	7	22	6	4	3	1	1		4	—	—
Wochevom 15.7. bis 21.7.28	11,1	12,8	5	38	53	11	27	1	1	1	—	1	—	6	—	—

[1] Die Zahl der Geborenen aus der Berichtswoche erscheint stets eine Woche später

HAFENGESUNDHEITSDIENST

VON PHYSIKUS UND HAFENARZT PROF. DR. SANNEMANN

EIN besonderer Hafengesundheitsdienst wurde im Jahre 1893 eingerichtet, nachdem das Auftreten der Cholera im Jahre 1892 gezeigt hatte, daß die übliche quarantäneärztliche Untersuchung der aus verdächtigen Häfen kommenden Schiffe bei Cuxhaven allein keine genügende Sicherheit gegen die Einschleppung gemeingefährlicher Krankheiten bot. Der Hafen Hamburgs war bis dahin wie alle andern Stadtteile behandelt worden. Den zur Kenntnis kommenden Fällen von ansteckenden Krankheiten wurde dort wie in der Stadt nachgegangen. Die Zunahme des Schiffsverkehrs mit dem Auslande sowie der beständige Wechsel der Schiffe und der mit ihnen kommenden und auf ihnen wohnenden vielfach ausländischen Seeleute ließen eine gesundheitliche Überwachung der Schiffe und ihrer Insassen während der ganzen Liegezeit im Hafen geraten erscheinen, außerdem aber eine Ankunftskontrolle auch bei den Schiffen an sich unverdächtiger Herkunft, die vorher jeder gesundheitlichen Aufsicht entgangen waren. Wenn nun auch die Ankunftsuntersuchung und die gesundheitliche Überwachung der Schiffe während des Aufenthalts im Hafen die wesentlichste Tätigkeit des Hafenarztes bilden, so sind ihm doch schon in der im Juli 1893 erlassenen Instruktion weitere Aufgaben zugewiesen. Zunächst ist er befugt, die Überwachung auch auf die Flußfahrzeuge auszudehnen und auf allen Schiffen die im Interesse der Seuchenabwehr erforderlichen Anordnungen (Absonderungen, Desinfektionen, Impfungen, Einweisung ins Krankenhaus) zu treffen und, wenn nötig, mit polizeilicher Hilfe durchzuführen. Auch hat er dem Trinkwasserbezug der Schiffs- und Hafenbevölkerung seine besondere Aufmerksamkeit zu schenken und darauf hinzuwirken, daß das Hafenwasser, besonders durch menschliche Abgänge, so wenig wie möglich verunreinigt wird. Bei Feststellung von gesundheitlichen Mängeln auf Schiffen und im Hafen hat er die zu ihrer Beseitigung nötigen Anordnungen zu treffen. Auch hat er Reedern und Kapitänen auf Wunsch Ratschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse auf den Schiffen zu geben.

Zu diesen ursprünglichen Aufgaben sind später noch weitere hinzugekommen. Die gegen Ende des Jahrhunderts auf dem Wege des Schiffsverkehrs erfolgte Ausbreitung der Pest und die Erkenntnis, daß diese durch die Schiffsratten erfolgt, machte die Einrichtung und Durchführung einer planmäßigen Rattenbekämpfung nötig, die auch heute noch als ein wichtiger Teil der Seuchenabwehr betrachtet werden muß. Außerdem ist dem Hafenarzt auch der ärztliche Dienst beim Auswandererwesen übertragen worden, zunächst die Prüfung der zur Auswandererbeförderung dienenden Schiffe auf die Erfüllung der in den gesetzlichen Vorschriften über Auswandererschiffe enthaltenen gesundheitlichen Bestimmungen und der Einrichtungen zur Krankenfürsorge (Krankenräume, Menge und Beschaffenheit der Arzneimittel usw.), seit 1906 auch die gesundheitliche Überwachung der Auswanderer während der Zeit ihres Aufenthalts in Hamburg und die Ausführung der nach den Vorschriften kurz vor der Einschiffung vorzunehmenden letzten Untersuchung. Schließlich

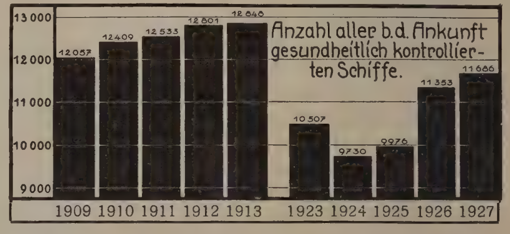


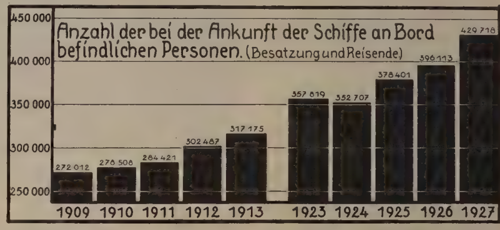
Beobachtungshaus für ansteckungsverdächtige Personen.

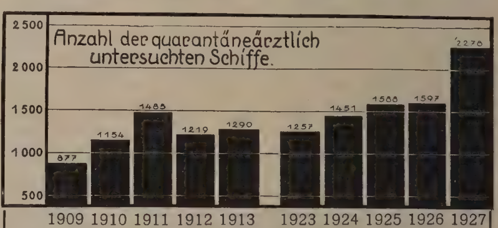
haben auch noch die im Jahre 1905 erlassenen gesundheitlichen Ausführungsbestimmungen zur Seemannsordnung neue Aufgaben mit sich gebracht, insbesondere die Reichsvorschriften über Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen, die nicht nur die jährliche Nachprüfung der diesbezüglichen Einrichtungen aller deutschen Schiffe verlangen, sondern auch die An- und Abmeldung aller Schiffsärzte vor und nach jeder Reise bei der zuständigen Behörde — in Hamburg dem Hafenarzt — vorsehen und dieser auch das Recht und die Pflicht auferlegen, die Verwendung ungeeigneter Schiffsärzte zu verhindern. Die durch die Ausführung der Schiffskontrolle ermöglichten genauen Ermittlungen der Gesundheitsverhältnisse auf den Schiffen, besonders aber auch der dauernde Austausch der Erfahrungen mit den Schiffsärzten, geben sowohl für die Seuchenabwehr als für die Schiffshygiene, namentlich auch für ihre praktische Durchführung, wichtige Anregungen, die sich nicht nur für die eigenen Aufgaben, sondern auch für die einheimische wie für die internationale Gesetzgebung als wertvoll erwiesen haben.

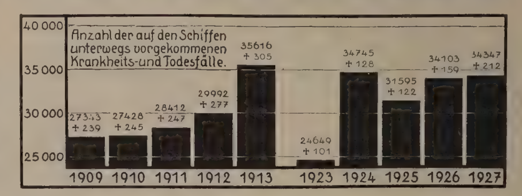
Zur Erledigung dieser Dienstaufgaben steht dem Hafenarzt ein Kreis von Mitarbeitern zur Seite. Alle Schiffe, die Fälle von gemeingefährlichen Krankheiten (Pest, Cholera, Gelbfieber, Fleckfieber, Pocken) bei der Ankunft auf der Elbe an Bord haben oder unterwegs gehabt haben, werden von dem Seelotsen bereits bei Cuxhaven angehalten und von dem dort stationierten Quarantänearzt untersucht. Das Ergebnis der Untersuchung hat dieser sofort dem Hafenarzt in Hamburg mitzuteilen, der dann die weiteren Anordnungen hinsichtlich solcher Schiffe trifft. Derartige Fälle sind aber selten. Außerdem werden alle aus verseuchten Gegenden kommenden, aber nicht nach Hamburg, sondern nach andern Elbhäfen bestimmten Schiffe schon bei Cuxhaven zur quarantäneärztlichen Untersuchung gebracht, während die nach Hamburg bestimmten elbaufwärts fahren und erst in Hamburg ärztlich untersucht werden. Hier stehen dem Hafenarzt sechs vollbeschäftigte Ärzte zur Seite, von denen einer hauptsächlich den auswandererärztlichen Dienst versieht, während die übrigen den Quarantänedienst und die andern Dienstaufgaben erledigen. Welche ausländischen Gegenden und Häfen als verseucht zu betrachten sind, wird von der Reichsregierung bestimmt. Die quarantäneärztliche Untersuchung findet bei Tage und bei Nacht statt, letzteres jedoch nur auf Antrag, wovon viel Gebrauch gemacht wird. Alle nicht quarantänepflichtigen Schiffe — es ist dies die große Mehrzahl — werden bei der Ankunft von nichtärztlichen Gesundheitsbeamten (es sind dies zur Zeit acht) besucht, doch wirken diese auch bei den Quarantäneuntersuchungen mit, wie sie sich auch sonst an den Dienstaufgaben, besonders durch Nachkontrolle der im Hafen liegenden Schiffe, beteiligen. Diese Stellungen werden von früheren Schiffsoffizieren mit Kapitänspatent und Sprachkenntnissen versehen.

Wie aus den nachstehenden Diagrammen hervorgeht, die einige Angaben aus den letzten fünf Jahren vor dem Weltkriege und den letzthin verflossenen fünf Jahren bieten, ist der Schiffsverkehr in Hamburg recht beträchtlich. Die Zahl der angekommenen Seeschiffe hat zwar die Höhe der Vorkriegszeit noch nicht wieder erreicht, dagegen war die Zahl der darauf befindlichen Personen — diese bilden ja wesentlich den Gegenstand der gesundheitlichen Überwachung — in den letzten Jahren erheblich höher als früher (1909 bis 1913 auf 62 648 Schiffen 1 454 603 Personen, 1923 bis 1927 auf 53 252 Schiffen 1 914 758 Personen). Zudem hat die Zahl



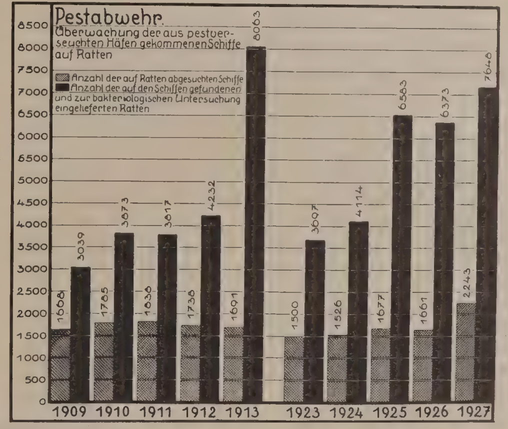






der aus pest- und choleraverseuchten Häfen kommenden Schiffe in den letzten Jahren wesentlich zugenommen (1909 bis 1913: 6055, 1923 bis 1927: 8171). Auch die Zahl der bei der Ankunftsuntersuchung als unterwegs vorgekommen ermittelten Krankheitsfälle ist gestiegen (1909 bis 1913: 148791 mit 1313 Todesfällen, 1923 bis 1927: 159439 mit 722 Todesfällen). Bemerkenswert ist, daß auf den Schiffen unter anderm vorgekommen sind — in den beiden Jahrfünften — an Pest 4 bzw. 6, Cholera 11 bzw. 14, Gelbfieber 29 bzw. 3, Pocken 88 bzw. 38, Aussatz 4 bzw. 0, Tuberkulose 1102 bzw. 694, Typhus 265 bzw. 278, Ruhr 252 bzw. 478, Malaria 6919 bzw. 3965 Fälle, außerdem noch andere Tropenkrankheiten wie Denguefieber, Maltafieber, Rückfallfieber, Sprue, Trypanomiasis usw. Bei der Ankunft sowie während des Aufenthalts der Schiffe in Hamburg fanden sich an gemeingefährlichen Krankheiten in den Jahren 1909 bis 1913: 2 Pestfälle, 1 Fleckfieberfall, 4 Pockenfälle, 2 Leprafälle und auf 24 Schiffen Rattenpest (ohne Erkrankungen bei Menschen), von 1923 bis 1927: 2 Pockenfälle und je 1 Fleckfieber- und Aussatzfall sowie auf einem Schiffe Rattenpest. Außerdem sind im Jahre 1910 der Schiffer eines kleinen Seglers und sein Gehilfe außerhalb Hamburgs an Cholera erkrankt, bei denen die Ansteckung auf den Aufenthalt des Fahrzeugs im Hamburger Hafen zurückgeführt werden mußte, obwohl hier damals Cholerafälle nicht vorkamen. Das Fahrzeug hatte aber in Hamburg in der Nähe von Seeschiffen gelegen, die aus damals choleraverseuchten russischen Häfen gekommen waren und selbst keine Krankheitsfälle an Bord hatten. Vermutlich waren Cholerakeime durch die Abgänge von Bazillenträgern oder durch das Auslassen von Ballastwasser, das in Rußland aus infizierten Flüssen aufgenommen war, an jener Stelle in das Hafenwasser gelangt, ein Vorgang, der damals auch in Holland zum Auftreten von Cholera unter der Flußschiffsbevölkerung geführt hat.

Besondere Vorkehrungen erfordert die Pestabwehr. Da die Schiffsratten die wichtigsten Träger der Infektion sind, bildet ihre Kontrolle und Bekämpfung die hauptsächlichste Maßnahme. Es wird deshalb schon bei der quarantäneärztlichen Untersuchung aller aus pestverseuchten Häfen kommenden Schiffe darauf geachtet, ob Ratten, besonders tote Ratten, während der Reise bemerkt oder bei der Ankunft zu finden sind; auch wird auf diesen Schiffen sobald wie möglich in den zugänglichen Räumen Rattengift ausgelegt. Während der Entladung werden sie von besonders damit beauftragten Angestellten auf Ratten abgesucht. Wie das Diagramm zeigt, sind auf diese Weise in den Jahren 1909 bis 1913 auf 8720 Schiffen über 23 000 Ratten und von 1923 bis 1927 auf 8607 Schiffen mehr als 28 400 Ratten (einschl. einer geringen Zahl von Mäusen) gefunden und dem Hygienischen Institut zur bakteriologischen Untersuchung zugestellt. Von 1909 bis 1913 wurde bei 24 Schiffen, von 1923 bis 1927 bei 1 Schiff Rattenpest nachgewiesen; es wurde dann für besonders gründliche Rattenvertilgung, in der Regel durch Ausgasung aller Schiffsräume mit Kohlenoxyd, und für gesundheitliche Überwachung aller zu den Schiffen gehörenden oder darauf beschäftigten Leute gesorgt, auch wurde die Ladung auf Vorhandensein von Ratten und auf Beschädigung und Verunreinigung durch Ratten nachgesehen. Es ist aus Anlaß dieser Fälle weder zu Erkrankungen bei Menschen noch zur Verschleppung



der Rattenpest an Land gekommen.[1] — Wie in den internationalen Sanitätsübereinkünften, deren letzte im Jahre 1926 in Paris vereinbart wurde, anerkannt worden ist, ist zur wirksamen Pestabwehr nicht nur die Überwachung der aus pestverseuchten Gegenden kommenden Schiffe auf Ratten und ihre Vernichtung, sondern die Rattenbekämpfung auf *allen* Schiffen sowie auch in den Häfen selbst erforderlich. Für die Schiffe hat sich die Ausgasung, d. h. die Einleitung von rattentötenden Gasen oder ihre Entwicklung in den Räumen, als das wirksamste erwiesen. Das älteste und meist gebrauchte Verfahren ist die Entwicklung von schwefliger Säure durch Verbrennen von Schwefel und Holzkohle in sog. Räucherkörben, das aber sowohl wegen der aggressiven Wirkung der schwefligen Säure als wegen der Feuergefährlichkeit nur auf völlig oder doch nahezu

[1] Näheres in den Berichten über den Dienst des Hafenarztes in Hamburg 1903 bis 1912 und 1913 bis 1914 im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Band 22, Seite 182, und Beiheft 1.

leeren Schiffen angewandt werden kann. Indifferent für Schiff und Ladung ist dagegen Kohlenoxyd, von dem in Hamburg in der Form des von *Nocht* und *Giemsa* angegebenen Generatorgasverfahrens bereits seit 1900 Gebrauch gemacht wird; der Nachteil dieses Verfahrens ist die große Giftigkeit des Gases für Menschen, die besondere Vorsichtsmaßnahmen, vor allem eine längere gründliche Durchlüftung zur Beseitigung des Gases, erfordert. Das Gas wird in einem in ein Boot eingebauten Apparat erzeugt und mit Schläuchen in das auszugasende Schiff eingeleitet. Neuerdings wird, wie anderwärts, so auch hier, häufig Blausäuregas angewandt, das zwar nicht so indifferent ist wie Kohlenoxyd, aber doch in weit höherem Grade als schweflige Säure. Seine Giftigkeit macht ebenfalls große Vorsicht nötig. Das anfänglich angewandte Bottichverfahren (Aufstellen von Bottichen und Kübeln in den auszugasenden Räumen, in denen nach Beschickung mit Wasser und Schwefelsäure durch Einwerfen von Cyannatrium oder Cyankalium Blausäure entwickelt wird) ist neuerdings völlig verdrängt durch die Anwendung von Cyklon B, einem blausäurehaltigen Pulver in luftdichten Behältern, aus dem beim Ausstreuen durch Einwirkung der Luft die Blausäure zur Entwicklung gelangt. Da der Schiffsbetrieb die Vornahme einer mehr oder minder zeitraubenden Ausgasung oft nicht gestattet, wird als Ergänzungsverfahren das Auslegen von Rattengift (besonders Phosphor- und Meerzwiebelzubereitungen) viel benutzt. Schiffe, die rattenfrei sind und bei denen dies durch amtliche Kontrolle bestätigt wird, bleiben von Rattenvertilgungsmaßnahmen befreit. — Um den Hafen möglichst rattenfrei zu halten, werden auch die Flußfahrzeuge auf Ratten überholt und, wenn nötig, mit Rattengift belegt; ebenso werden im ganzen Hafengebiet auch an Land die Rattenverhältnisse dauernd überwacht und die etwa erforderlichen Maßnahmen getroffen. Bei der Rattenvernichtung am Lande hat sich das einfach auszuführende Hora - Verfahren besonders bewährt.

Die Rattenbekämpfung sowie alle sonstigen Maßnahmen zur Seuchenabwehr (Desinfektionen usw.) werden nach den Anordnungen des Hafenarztes von dem zum öffentlichen Desinfektionswesen gehörenden Hafendesinfektionsdienst (mit rund 40 Angestellten) durchgeführt. Zur Überwachung der aus pestverseuchten Häfen kommenden Schiffe auf Ratten stellt das Desinfektionswesen die jeweils erforderliche Zahl von Angestellten (acht bis zehn).

Eine besondere Quarantänestation gibt es in Hamburg nicht. Infektionskranke werden so schnell wie möglich in die Infektionsabteilung des Eppendorfer Krankenhauses gebracht, die mehrere zur strengen Absonderung gemeingefährlicher Krankheitsfälle geeignete Gebäude enthält. Personen, die der Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen sind, werden nach den deutschen Bestimmungen über Seuchenabwehr — soweit möglich ohne Beschränkung der Verkehrsfreiheit — an Bord oder an Land überwacht; wenn es erforderlich wird, werden sie in einem am Hafen gelegenen Beobachtungshaus (mit 82 Betten) abgesondert. Die bakteriologischen Untersuchungen zur Feststellung der gefährlichen Krankheiten werden in der Regel im Hygienischen Staatsinstitut gemacht, das auch ein besonderes Pestlaboratorium enthält.

Um die aus Anlaß von Krankheitsfällen erforderlich werdenden Desinfektions- und Überwachungsmaßnahmen rechtzeitig und wirksam durchführen zu können, sind die Schiffe verpflichtet, nicht nur die unterwegs vorgekommenen Fälle, sondern auch alle inneren Erkrankungen, die sich während des Aufenthalts im Hafen an Bord ereignen, unverzüglich anzuzeigen. Die in Hamburg praktizierenden Ärzte haben alle Fälle von Infektionskrankheiten der Gesundheitsbehörde zu melden, die, wenn es sich um Seeleute oder sonstige Schiffsbewohner handelt, sogleich den Hafenarzt benachrichtigt. Dasselbe gilt für die Krankenhäuser. Diese senden außerdem, in der Regel halbmonatlich, dem Hafenarzt Listen der zur



Einblick in einen Schiffsladeraum nach der Ausgasung (Auf der Ladung tote Ratten)

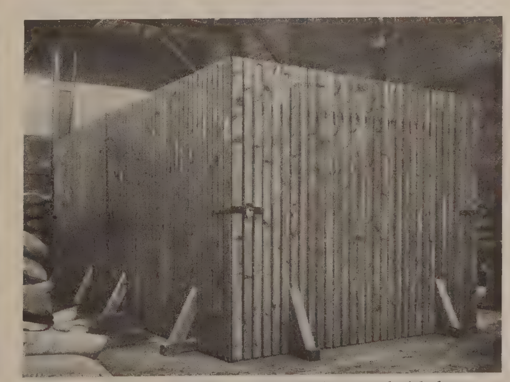

Generatorapparat nach Nocht-Giemsa zur Ausgasung von Schiffen (Rattentötung)


Von Ratten angenagte Schiffsladung eines rattenpestverseuchten Schiffes

Aufnahme gelangten Seeleute zu. So bleibt dieser auch bei den schon ausgeschifften Seeleuten über alle ernsteren Krankheitsfälle unterrichtet und ist imstande, die zur Verhütung weiterer Fälle erforderlichen Anordnungen zu treffen.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Seeleuten dienen folgende Maßnahmen: Schon bei der Ankunftsuntersuchung werden nach Möglichkeit die unterwegs vorgekommenen und die noch vorhandenen Fälle von Geschlechtskrankheiten ermittelt, und es wird dafür gesorgt, daß sie in ärztliche Behandlung oder in ein Krankenhaus kommen. Nach den deutschen Gesetzen haben die Reeder bei jeder Erkrankung eines Schiffsmannes, auch wenn es sich um eine Geschlechtskrankheit handelt, für ärztliche Behandlung zu sorgen und die Kosten dafür zu tragen. Um aber auch den Seeleuten, die nicht zu einem deutschen Schiff gehören, die Möglichkeit zu ärztlicher Beratung und Behandlung zu geben, ist von der Gesundheitsbehörde unter Mitwirkung der Seeberufsgenossenschaft unmittelbar am Hafen im früheren Seemannskrankenhause eine Fürsorgestelle für geschlechtskranke Seeleute eingerichtet, deren Benutzung kostenlos ist und den Seeleuten aller Nationen freisteht. Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß die Leute sich von Zeit zu Zeit zur Nachuntersuchung wieder einfinden. Soweit erforderlich, wird die Fürsorge auch auf die Angehörigen der Erkrankten ausgedehnt. Zur Verringerung der Ansteckungsgefahr wird bei den hafenärztlichen Ankunftsuntersuchungen auf den nicht bereits damit ausgestatteten Schiffen von den Gesundheitsbeamten auf Wunsch ein Vorbeugungsmittel verteilt. Auf den im Hafen liegenden Schiffen findet in gleicher Weise eine Abgabe solchen Mittels und Auskunft über die Geschlechtskrankenfürsorge durch Vertrauensleute der Seeberufsgenossenschaft statt. Die Zahl der Fälle von Geschlechtskrankheiten hat in

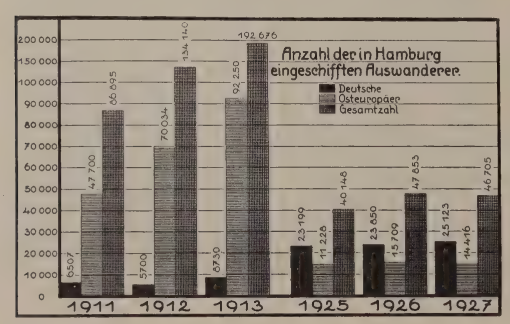

Bewachung pestverdächtiger Schiffsladung durch rattenscharfe Hunde


Rattensichere Stapelung pestverdächtiger Schiffsladung am Kai

den letzten Jahren merklich abgenommen, wie die nachfolgende Krankenhausstatistik zeigt. Es wurden in den Hamburger Krankenhäusern behandelt

im Jahre 1922: 2147 Seeleute, davon wegen Geschlechtskrankheit 863 = 40,2 v. H.,
im Jahre 1923: 3643 Seeleute, davon wegen Geschlechtskrankheit 1347 = 37 v. H.,
im Jahre 1924: 3567 Seeleute, davon wegen Geschlechtskrankheit 1147 = 32,2 v. H.,
im Jahre 1925: 3819 Seeleute, davon wegen Geschlechtskrankheit 1078 = 28,2 v. H.,
im Jahre 1926: 3539 Seeleute, davon wegen Geschlechtskrankheit 901 = 26,2 v. H.,
im Jahre 1927: 4268 Seeleute, davon wegen Geschlechtskrankheit 1093 = 25,6 v. H.

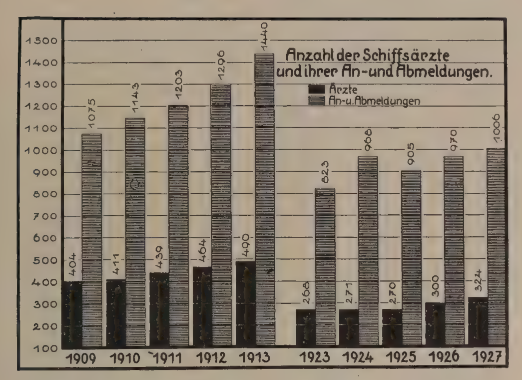
Sowohl der Seuchenabwehr als der sozialen Fürsorge dient die *gesundheitliche Überwachung der Auswanderer*. Schon vor der Choleraepidemie von 1892 hatten wir neben einer Anzahl privater Logierhäuser, die in der Stadt lagen, mitten im Hafen eine besondere Unterkunftgelegenheit für solche Auswanderer, die aus den osteuropäischen, häufig von gefährlichen Infektionskrankheiten (Cholera, Flecktyphus, Pocken) heimgesuchten Ländern kamen. Gegen Ende des vorigen Jahrhunderts wurde der Platz, auf dem diese sog. Auswandererhallen standen, für Hafenzwecke benötigt, auch nahm die Auswanderung so zu, daß die Anlagen nicht mehr genügten. Es wurden deshalb im Jahre 1901 am Rande des Hafens neue Auswandererhallen errichtet. Diese jetzt „Überseeheim der Hamburg-Amerika-Linie" genannte Anlage, die an anderer Stelle dieser Festschrift (Seite 483) dargestellt ist, bietet etwa 3000 Personen Aufnahme. Die ankommenden Auswanderer werden in einem abgetrennten Teil untersucht, falls erforderlich, auch gebadet und von Ungeziefer befreit; für die Entlausung sind besondere Vorkehrungen und besonderes Personal vorhanden. Erst wenn sie zweifellos einwandfrei sind, werden die Auswanderer in den eigentlichen Wohnbaracken




Schiffswerft mit Seedampfer und den Fahrzeugen des Hafengesundheitsdienstes

untergebracht. Ansteckende Krankheiten und alle schwerer Erkrankten werden sofort den hamburgischen Krankenhäusern zugeführt. Für Leichterkrankte ist ein Lazarett mit 18 Betten vorhanden. Für den Fall, daß aus Anlaß von ansteckenden Krankheiten die mit den Erkrankten zusammengewesenen Personen abgesondert beobachtet werden müssen, stehen vier Baracken mit 525 Betten zur Verfügung. Die Verwaltung führt als Eigentümerin die Hamburg-Amerika-Linie; sie hat zur gesundheitlichen Überwachung der Auswanderer zwei Ärzte, von denen einer auf dem Anstaltsgelände wohnt. Jedoch muß der Hafenarzt über alle gesundheitlichen Vorgänge unterrichtet gehalten werden; bei ansteckenden Krankheiten hat er oder sein Vertreter die erforderlichen Maßnahmen anzuordnen. In der Stadt sind noch sieben kleinere Auswandererlogierhäuser (mit zusammen 247 Betten), die ebenfalls regelmäßig besucht und gesundheitlich überwacht werden. Gegenüber der Vorkriegszeit ist insofern ein in gesundheitlicher Beziehung wesentlicher Wechsel eingetreten, als nicht nur die Gesamtzahl der jährlich beförderten Auswanderer geringer geworden, sondern auch der früher recht kleine Anteil der deutschen Auswanderer erheblich gewachsen ist, während die Auswanderung aus den östlich gelegenen Ländern — Baltikum, Polen, Rußland, Balkanländer— wesentlich nachgelassen hat (Näheres zeigt das beigefügte Diagramm). Überdies unterscheiden sich auch die jetzt dorther kommenden Auswanderer in ihrem Äußern und Auftreten vorteilhaft von den früheren. Die Gefahr der Verschleppung ansteckender Krankheiten durch sie hat zweifellos erheblich abgenommen.

Die gesundheitliche Fürsorge für die Auswanderer erstreckt sich auch auf die Auswandererschiffe. Diese werden jedesmal vor der Abfahrt auf die Durch-



führung der gesetzlichen Vorschrift hinsichtlich der Beschaffenheit der Wohnräume, Abort- und Waschgelegenheiten, der Krankenräume und der Ausrüstung mit Arzneimitteln, Instrumenten usw. zur Krankenfürsorge sowie mit Krankenpflegepersonen einer Prüfung unterzogen. Die Schiffsärzte der deutschen Auswandererschiffe bedürfen der besonderen Zulassung durch die Auswandererbehörde, deren Berater in allen gesundheitlichen Fragen der Hafenarzt ist.

Auch auf allen andern deutschen Schiffen unterliegen die Einrichtungen zur Krankenfürsorge der Kontrolle des Hafenarztes. Alle deutschen Schiffsärzte müssen sich dem Hafenarzt vor Antritt jeder Reise vorstellen und ihm nach der Rückkehr schriftlich und mündlich berichten. Es gibt das dem Hafenarzt die Möglichkeit, den Schiffsärzten für die bevorstehende Reise gute Ratschläge zu geben und sie über manche, ihnen noch unbekannte Verhältnisse, besonders auch über die nach der Art der anzulaufenden Häfen drohenden Krankheiten, ihre Vorbeugung und Behandlung zu unterrichten; dafür erhält er von den zurückkehrenden Ärzten manche wertvollen Berichte über die Gesundheitsverhältnisse im Auslande und über die Art und Zahl der Erkrankungen bei Schiffsleuten und Reisenden, die in ihrer Gesamtheit erst ein richtiges Bild von den gesundheitlichen Gefahren des Seelebens und damit die Unterlagen für die im Interesse der Gesundheitspflege erforderlichen Verbesserungen geben, denn der Hafengesundheitsdienst hat nicht nur das Land vor der Einschleppung gefährlicher Krankheiten zu schützen, sondern auch der Förderung der Gesundheitspflege auf den Schiffen, d. h. der Schiffshygiene, zu dienen.

DIE ÜBERWACHUNG DES AUSWANDERUNGSWESENS IN HAMBURG

VON AMTMANN LÜBCKE

DAS Auswanderungswesen ist durch das Reichsgesetz über das Auswanderungswesen vom 9. Juni 1897 geregelt worden. Zur Ausführung des Reichsgesetzes hat der Bundesrat am 14. März 1898 Bestimmungen über den Geschäftsbetrieb der Auswanderungsunternehmer und Agenten sowie Vorschriften über Auswandererschiffe erlassen. — Zur Überwachung des Auswanderungswesens und der Ausführung der darauf bezüglichen Bestimmungen sind nach § 40 des Reichsgesetzes von den Landesregierungen Auswanderungsbehörden zu bestellen. Mit diesen Aufgaben ist in Hamburg nach der zweiten Verordnung des Senats vom 30. März 1928 das der Deputation für Handel, Schiffahrt und Gewerbe unterstellte Auswanderungsamt betraut worden. Dem Auswanderungsamt liegt ferner ob die Kontrolle der Durch- und Rückwanderung sowie die Erteilung der Passagierzertifikate für Passagierschiffe und die Zulassung von Schiffsärzten. Seine Tätigkeit läßt sich kurz als die einer Aufsichts- und Fürsorgeinstanz bezeichnen.

Die Aufsichtstätigkeit gilt nicht nur den Auswanderungs-Unternehmern und Agenten allein, sondern auch im besonderen Maße der Sicherheit der Auswanderer- und Passagierschiffahrt. Die sonstige Tätigkeit erstreckt sich auf die Verhinderung der Einschleppung epidemischer Krankheiten, auf die Fürsorge für die Aus-, Durch- und Rückwanderer vom Augenblick ihres Eintreffens bis zum Verlassen des Hamburgischen Staatsgebietes und auf die Überwachung von Gesellschaften, Genossenschaften, Vereinen und Einzelpersonen, die die Ansiedlung von Auswanderungswilligen im Ausland oder sonst die Unterbringung von Auswanderungswilligen im Wirtschaftsleben des Auslandes betreiben wollen.

Die hauptsächlichsten *Fürsorgemaßnahmen* in Hamburg sind kurz folgende:

Empfangnahme der Auswanderer auf den Bahnhöfen durch dort ständig stationierte sprachgewandte Beamte; Aufklärung der Auswanderer über die Gefahren der Großstadt, Warnung vor Litzern, Taschendieben und Mädchenhändlern usw.; Zuweisung der Auswanderer an die behördlich zugelassenen Auswandererlogierhäuser; gesundheitliche

Überwachung der Auswanderer in den Logierhäusern durch staatlich bestellte Ärzte; Fahndung auf Litzer, Bauernfänger, Mädchenhändler, sogen. wilde Auswandererherbergen usw.; Besichtigung der Auswandererschiffe auf Seetüchtigkeit, Einrichtung und Ausrüstung (Boots- und Feuerlöschübungen, Kontrolle des Proviants und der Wohnräume usw.).

Als *Fürsorgeeinrichtungen* sind die konzessionierten Auswandererherbergen und das „Überseeheim Hapag" der Hamburg-Amerika-Linie zu erwähnen. Eine Beschreibung des Heimes folgt unten.

Die in Hamburg eintreffenden Auswanderer werden, soweit sie nicht für das „Überseeheim Hapag" bestimmt sind, auf dem Hauptbahnhofe von ständig dort stationierten sprachgewandten Beamten in Empfang genommen und auf die Auswandererherbergen verteilt. Die aus gesundheitlich verdächtigen Gegenden oder aus den jenseits der östlich und südöstlich der deutschen Grenzen belegenen Ländern stammenden Auswanderer werden dem „Überseeheim Hapag" überwiesen. Für die Auswandererherbergen sowohl wie für das „Überseeheim Hapag" besteht ständige ärztliche Beaufsichtigung durch beamtete Untersuchungsärzte des Hafenarztes.



Überseeheim Hapag

Die Auswandererschiffe müssen den erlassenen Vorschriften entsprechen; ihre Seetüchtigkeit, Einrichtung und Ausrüstung wird vor jeder Ausreise durch staatlich angestellte Besichtiger kontrolliert; desgleichen die Hospitäler und Apotheken durch die Ärzte des Hafengesundheitsdienstes. Die Schiffe sind mit den modernsten Rettungs-, Sicherheits- und sanitären Einrichtungen versehen. Sämtliche im Zwischendeck und der III. Klasse reisenden Personen werden vor ihrer Einchiffung einer Untersuchung durch beamtete Untersuchungsärzte unterzogen; mit ansteckenden Krankheiten behaftete Personen werden von der Mitfahrt ausgeschlossen.

Die Fürsorge für die aus dem Auslande mit Schiffen hier eintreffenden *Rückwanderer* vollzieht sich in ähnlicher Weise wie diejenige für Auswanderer. Alle von See kommenden Passagierschiffe werden einer entsprechenden Kontrolle unterzogen.

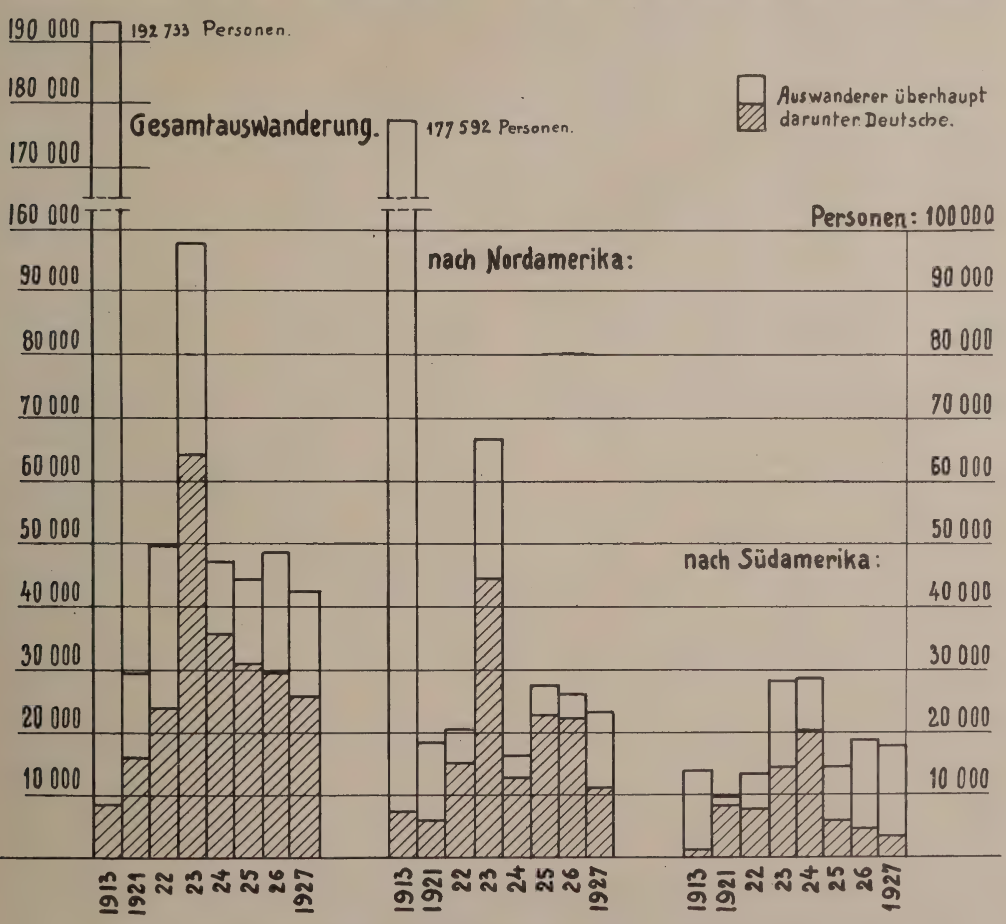


Straße im Sonnenschein im Überseeheim Hapag

Die untenstehenden graphischen Darstellungen geben ein Bild über die Gesamtauswanderung über Hamburg in den Jahren 1913, 1921—27, sowie über die Auswanderung nach Nord- und Südamerika in der gleichen Zeit.

Das „*Überseeheim Hapag*“ ist eine Einrichtung der Hamburg-Amerika-Linie zur Unterbringung und Verpflegung der für sie hier eintreffenden Auswanderer bis zum Tage der Abfahrt. Die Auswanderer können dort aufgenommen und weiterbefördert werden, ohne daß es zu einer Berührung mit der Stadt oder dem Hauptbahnhof zu kommen braucht. Die Anlage enthält eine größere Zahl von Pavillons, in denen rund 3000 Auswanderer untergebracht werden können. Sie ist mit einer besonderen Kanalisation nebst Klärungs- und Desinfektionsvorrichtungen versehen. Durch eine die ganze Anlage umgebende Einfriedigung können die in dem Überseeheim untergebrachten Auswanderer von jedem Verkehr mit der Stadt abgesperrt werden. Dies geschieht aber nur dann, wenn ernste Seuchengefahren es nötig machen. Unter gewöhnlichen Verhältnissen werden die Auswanderer in ihrem freien Verkehr nicht behindert. Für sogen. bessere Auswanderer bestehen fünf mit allen neuzeitlichen Einrichtungen versehene Hotels mit Zimmern von 2 bis 4 Betten.

Die Beaufsichtigung der ganzen Anlage erfolgt unter Mitwirkung der zuständigen Behörden. So z. B. steht die Anlage unter besonderer Aufsicht des Hafenarztes bzw. des ihm unterstehenden Untersuchungsarztes, der neben dem in der Anstalt wohnenden Arzt die gesundheitliche Kontrolle ausübt.



Größe der Auswanderung über Hamburg in den Jahren 1913 und 1921—1927

DAS HYGIENISCHE STAATSINSTITUT

VON DIREKTOR GEH. MED.-RAT PROF. DR. R. O. NEUMANN

SEIT dem Jahre 1892 besitzt Hamburg ein staatliches Hygienisches Institut, dem die technische und wissenschaftliche Bearbeitung aller auf dem Gebiete der Hygiene zu erledigenden Aufgaben zufällt. Nachdem es anfangs in gemieteten Räumen untergebracht war, wurde im Jahre 1899 ein eigenes, mit allen erforderlichen Einrichtungen versehenes, zentral gelegenes Institut, das von der Stadt und der Elbe leicht erreichbar ist, eingerichtet. Außer dem Hauptdienstgebäude befindet sich für die Abteilung für Lebensmitteluntersuchung z. Z. ein Dienstgebäude auf Kuhwärder, ferner steht dem Institut eine mit bakteriologischen und chemischen Laboratorien und den erforderlichen Nebenräumen ausgestattete Außenstation bei den Filterwerken auf Kaltehofe sowie eine Versuchskläranlage in Bergedorf zur Verfügung.

Die mannigfachen und verschiedenartigen Anforderungen der Hygiene und die mächtig fortschreitende Entwicklung unserer wissenschaftlichen Kenntnisse auf hygienischem Gebiete brachten es mit sich, daß immer neue Aufgaben dem Hygienischen Staatsinstitut erwuchsen, so daß die Zahl der Begutachtungen und Untersuchungen von Jahr zu Jahr anstieg. Im Jahre 1927 hatte das Institut 234 947 Untersuchungen zu erledigen. Außerdem sind in diesem Jahre 42 wissenschaftliche Veröffentlichungen aus dem Institut hervorgegangen. Das Personal setzte sich zusammen aus 139 Personen, und zwar:

46 wissenschaftlichen Beamten und Angestellten,
40 technischen Beamten und Angestellten,
25 Bureaubeamten und -angestellten,
28 sonstigen Hilfskräften.

Seit Gründung der Universität im Jahre 1919 dient das Hygienische Staatsinstitut als Universitätsinstitut auch dem Unterricht für die Studierenden; an den Vorlesungen, Kursen und Übungen betätigen sich als Ordinarius für Hygiene der Direktor des Instituts, als Extraordinarius sein ständiger Vertreter und zwei Abteilungsvorsteher als Privatdozenten. Durch die Verbindung des Instituts mit der Universität ist in vorteilhafter Weise die Möglichkeit gegeben, den Studierenden immer auch die Praxis der Hygiene vor Augen zu führen.

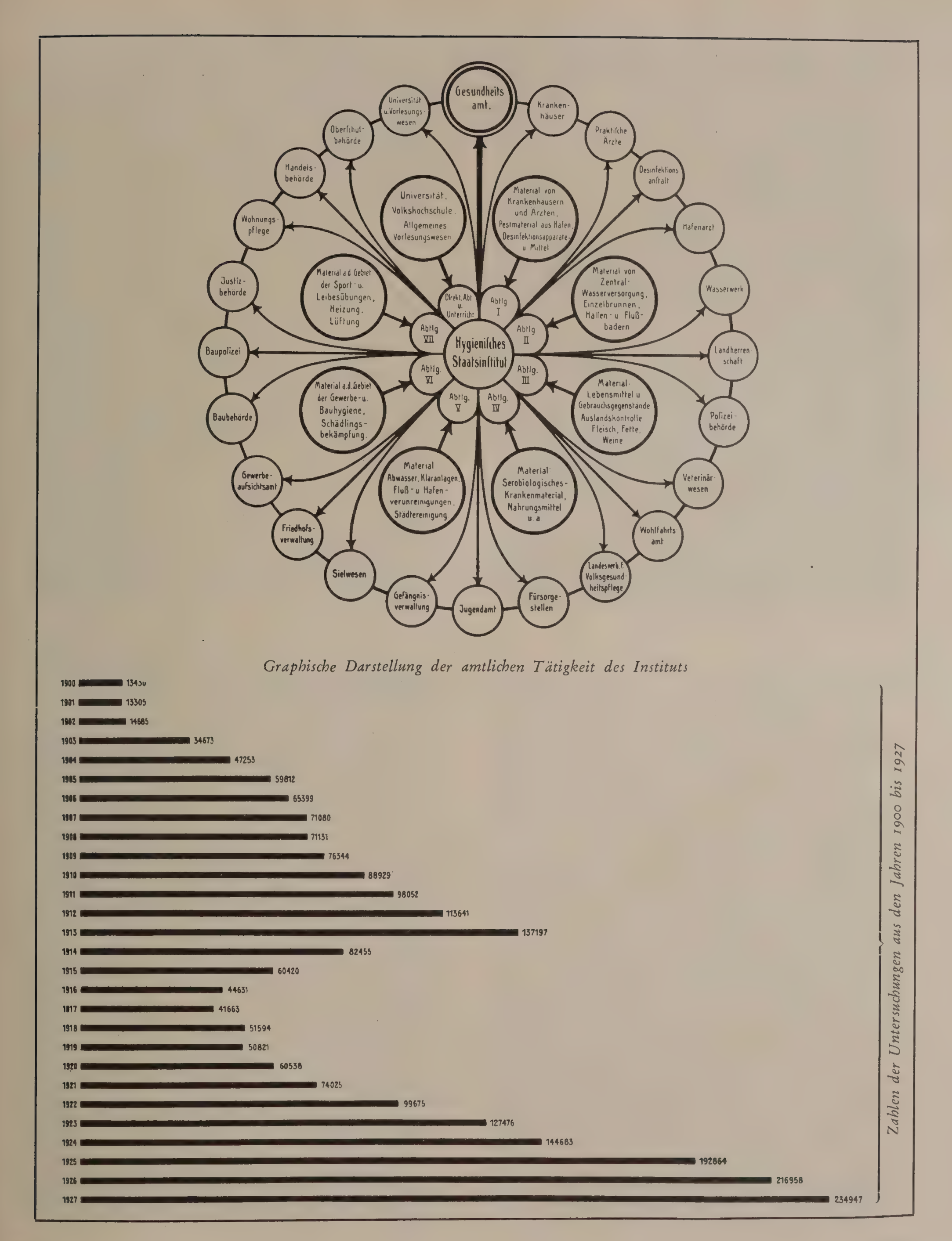
Die umfangreiche, vielseitige Tätigkeit des Hygienischen Staatsinstituts hat es erforderlich erscheinen lassen, das ganze Arbeitsgebiet der Hygiene in die folgenden sieben Abteilungen zu gliedern. deren Aufgaben kurz dargestellt sind:

Direktion: Geh. Med.-Rat *Prof. Dr. R. O. Neumann*,
Stellvertretender Direktor: *Prof. Dr. Kister*,

Abteilung für hygienisch-bakteriologische Untersuchungen,
Abteilung für Wasserversorgung,
Abteilung für Lebensmitteluntersuchung,
Abteilung für serobiologische Untersuchungen,
Abteilung für Städtereinigung,
Abteilung für Gewerbe-, Bau-, Wohnungshygiene und Schädlingsbekämpfung,
Abteilung für Sporthygiene, Heizung, Lüftung, Verkehrs- und Badewesen.

Die *Abteilung für hygienisch-bakteriologische Untersuchungen* hat vornehmlich die Aufgabe, in der Bekämpfung der Seuchen im Hamburgischen Staatsgebiet mitzuwirken. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Begutachtungen und Untersuchungen auf Veranlassung der Behörden und um Untersuchungen von infektiösem Material, das von den Ärzten eingeliefert wird.

Seit dem Jahre 1900 werden alle Schiffe, die aus pestverseuchten Gegenden nach Hamburg kommen, vom Hafenarzt auf pestverdächtige Anzeichen untersucht; alle tot aufgefundenen oder nach Durchgasung eines Schiffes gesammelten Ratten werden dem Pestlaboratorium der hygienisch-bakteriologischen Abteilung überwiesen. Dieses liegt getrennt von den übrigen Laboratorien und ist den Reichsvorschriften entsprechend nach chirurgischen Prinzipien und insektensicher eingerichtet. (Siehe Abbildungen.) In den letzten 25 Jahren wurde dreimal bei der Besatzung eines Schiffes ein Pestfall festgestellt und 650 Ratten als mit Pestbakterien behaftet aufgefunden, die von 63 Schiffen stammten. Da die Pest unter den Ratten vornehmlich durch Flöhe übertragen wird, wird auch fortlaufend das Augenmerk auf diese Parasiten gerichtet. So ist es insbesondere von Wichtigkeit festzustellen, ob unsere hiesigen Ratten unter den Flöhen auch die indische, für die Übertragung der Pest in erster Linie in Betracht kommende Flohart beherbergen. Es ist das für die Möglichkeit der Übertragung der Pest auf die hiesigen Ratten von Bedeutung. Die Cholera hat jetzt, seitdem Hamburg eine einwandfreie Wasserversorgung besitzt, ihre Schrecken verloren, wenn auch noch jährlich im Spätsommer und Herbst, sobald sich durch Hitze, Obstgenuß und kalte Getränke Störungen der Verdauungswege einstellen, einzelne Fälle wegen Choleraverdacht zur Untersuchung kommen. Choleraähnliche Vibrionen finden sich während der warmen Jahreszeit regelmäßig in der Elbe, um mit dem Einsetzen niedrigerer Tempera-



Graphische Darstellung der amtlichen Tätigkeit des Instituts



Institutsgebäude an der Jungiusstraße

turen wieder spurlos zu verschwinden. Sie finden sich aber niemals im Leitungswasser, ein Beweis für die Wirksamkeit der zur Reinigung des Trinkwassers getroffenen Maßnahmen. Die regelmäßige Kontrolle der Wasserversorgung wird außerdem durch zahlreiche Sonderuntersuchungen ergänzt. Auch die hiesigen Hallenbäder werden regelmäßig bakteriologisch untersucht; ihre einwandfreie Beschaffenheit in hygienischer Beziehung hat sich dabei stets ergeben. Von den Ärzten wird Material zur Untersuchung auf Typhus-, Paratyphus-, Ruhrbakterien, Tuberkelbazillen, Diphtheriebazillen, Influenza-, Koch-Weekbakterien, Genickstarre-, Eitererreger usw. eingeliefert, seltener kommen Untersuchungen auf Milzbrandkeime in Frage.

Besonderes Interesse beansprucht neuerdings die sogenannte Weilsche Krankheit, von der in letzter Zeit einige Fälle zur Untersuchung kamen. Da die als Erreger nachgewiesenen Spirochäten im Flußwasser vorkommen, aber auch von Ratten beherbergt und von diesen verbreitet werden können, wurde sowohl das als verdächtig angesehene Wasser der Bille und einer Flußbadeanstalt als auch alle lebend oder tot eingelieferten Ratten — es waren mehrere tausend — auf Spirochäten untersucht; bis jetzt wurde aber die spirochaeta icterogenes nur bei einer einzigen Ratte festgestellt. Das Vorkommen ist damit aber auch für Hamburg erwiesen.

Groß ist stets die Zahl der als gesundheitsschädlich eingelieferten Nahrungsmittel. Selten hat sich jedoch eine bakterielle Ursache ergeben. Eingehende Untersuchungen werden über die Beschaffenheit der Milch angestellt; es empfiehlt sich, zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Kuh eine gesonderte Strichuntersuchung vorzunehmen. Zu den Aufgaben der hygienisch-bakteriologischen Abteilung gehört ferner die jährliche Prüfung der im hamburgischen Staatsgebiet aufgestellten 55 Desinfektionsapparate. Dazu kommen noch Prüfungen einer Reihe Desinfektionsmittel und Rattenvertilgungsmittel. Auch Impfstoff zur Schutzimpfung gegen Cholera und Typhus wird in der Abteilung hergestellt. Die Gesamtzahl der Untersuchungen belief sich im Jahre 1927 auf 49001.

Seit Gründung der Universität im Jahre 1919 sind der Abteilung für hygienisch-bakteriologische Untersuchungen weitere mit den bakteriologischen Kursen zusammenhängende Aufgaben erwachsen.

Der *Abteilung II (Wasserversorgung)* ist als Hauptaufgabe die ständige Überwachung aller Wasserversorgungsanlagen im hamburgischen Staatsgebiet übertragen. Zur Kontrolle der Hamburger zentralen Filtrationsanlage ist in dem im Jahre 1894 erbauten Dienstgebäude auf dem Elbwasserfilterwerk Kaltehofe eine der Abteilung II des Hygienischen Staatsinstituts unterstellte Außenstation untergebracht. Dort wird täglich bakteriologisch untersucht: das Elbwasser zur Zeit der Ebbe und Flut, das aus den Ablagerungsbehältern nach Alaunvorklärung und Vorchlorung den Filtern zufließende Wasser, die Abflüsse der einzelnen Filter, das Gesamtfiltrat vor und nach der Chlorung sowie Proben aus den Reinwasserbehältern und aus den Leitungen hinter dem Pumpwerk Rothenburgsort. Hand in Hand damit gehen regelmäßige physikalische und chemische Untersuchungen des Elbwassers und des in die Stadt gepumpten Elbwasserfiltrates.

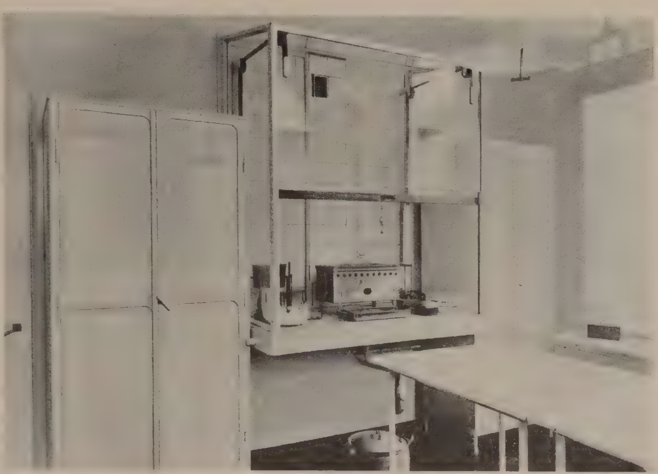
Das seit November 1905 zur Versorgung der Stadt mitbenutzte Grundwasser (30 000 bis 40 000 cbm täglich) wird sowohl vor wie nach der Enteisenung regelmäßig, das enteisente täglich, bakteriologisch und chemisch untersucht. Auch wird der Einfluß des beigemischten Grundwassers auf das filtrierte Elbwasser und die Beschaffenheit des Wassers im Leitungsnetz täglich verfolgt. Bei der chemischen Untersuchung wird insbesondere auch auf die Wirkung der Enteisenungsanlage hinsichtlich der Abscheidung des Eisens und Mangans geachtet.

Ferner werden die mit der Versalzung und Verhärtung des Elbwassers im Zusammenhang stehenden Fragen bearbeitet.

Bakteriologisches Laboratorium für Untersuchung von infektiösem Material



Hörsaal



Pestlaboratorium, Teilansicht



Teilansicht des Pestlaboratoriums



Ratten, wie sie gelegentlich zur Untersuchung ins Pestlaboratorium kommen

An den ausgedehnten hydrologischen Untersuchungen, die zur Gewinnung weiterer Grundwassermengen für die Trinkwasserversorgung Hamburgs in dem elbaufwärts sich erstreckenden hamburgischen Marschgebiet seit Jahren vorgenommen werden, ist das Hygienische Staatsinstitut, soweit die Untersuchung und hygienische Beurteilung des Wassers in Frage kommt, beteiligt. Auf Grund dieser hydrologischen Untersuchungen ist jetzt zunächst das Grundwasserwerk Curslack im Bau mit rund 90 000 cbm Tagesleistung aus 265 Brunnen von teils rund 20 m, teils rund 80 m Tiefe. Von jedem dieser Brunnen sind Wasserproben analysiert worden. Nach der für 1928 zu erwartenden Inbetriebnahme wird auch dieses Grundwasserwerk täglich bakteriologisch und chemisch vom Hygienischen Staatsinstitut überwacht werden. Es wird schon jetzt daran gearbeitet, die dann noch zu etwa 20 bis 25 v. H. im Hamburger Leitungswasser enthaltenen Elbwasserfiltratmengen durch Grundwassererschließung noch weiter herabzusetzen.

Einer ständigen Kontrolle unterliegen auch die zentralen Grundwasserversorgungsanlagen der Städte Bergedorf und Cuxhaven, der Landgemeinde Moorburg und eine Reihe von Enteisenungsanlagen größerer staatlicher Anstalten und von öffentlichen Einzelbrunnen. Schließlich wird auch die Wasserbeschaffenheit in den öffentlichen Hallenbadeanstalten regelmäßig überwacht.

Die *Abteilung III für Lebensmitteluntersuchung* des Hygienischen Staatsinstituts ist Deutschlands größte Lebensmitteluntersuchungsstelle geworden. Über die Tätigkeit, die sich nicht nur auf die Untersuchung und Begutachtung der im Handel angetroffenen Lebensmittel und Bedarfsgegenstände und auf die Beratung der Verbraucher und Gewerbetreibenden erstreckte, sondern sich auch auf die Förderung des Ausbaus der Kontrolle durch Mitwirkung bei der Schaffung neuer Untersuchungsmethoden, neuer Gesetze oder sonstiger Unterlagen für die Gesetzgebung und durch Veröffentlichung einer größeren Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten auf diesem Gebiete Einfluß verschaffte, mögen die Zahlen der beigefügten tabellarischen Übersicht Aufschluß geben.

Wenn in den letzten Jahren insgesamt fast 90 000 Proben durchschnittlich zu untersuchen gewesen sind, so wird zu verstehen sein, daß ein so umfangreicher Betrieb einer großen Anzahl von Arbeitskräften und geeigneter Einrichtungen bedarf, um allen Anforderungen gerecht werden zu können. Am Schlusse des Jahres 1927 waren 24 Chemiker, 1 Praktikant, 9 Bureaubeamte, 8 technische Hilfsarbeiterinnen, 10 Laboratoriumshelfer und 7 Arbeitsfrauen tätig. Die Laboratorien sind mit moderner Apparatur ausgerüstet, und eine recht umfangreiche wissenschaftliche Bücherei ist vorhanden.

Die Ansicht eines der großen Laboratorien der Abteilung mögen die vorstehenden Angaben ergänzen.

Die *Abteilung IV für serobiologische Unter-*



Chemisches Laboratorium mit den zur Untersuchung bereitstehenden Wasserproben



Chemisches Laboratorium der Abteilung für Lebensmitteluntersuchung

Anlieferung von Wasserproben an der Außenstation Kaltehofe

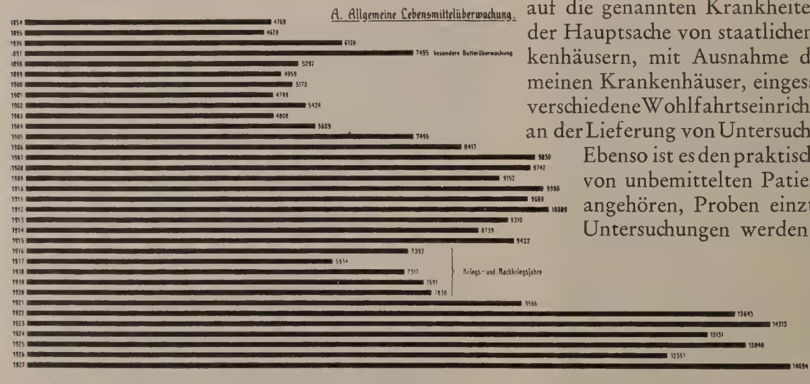
Chemische Untersuchungsstation beim Wasserwerk Kaltehofe

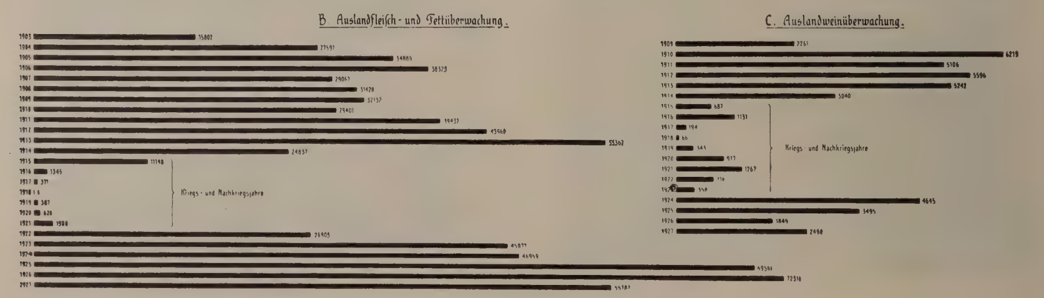


Chemisches Laboratorium bei dem Wasserwerk Kaltehofe

suchungen hat sich mit der praktischen und wissenschaftlichen Bearbeitung von Aufgaben verschiedenster Art aus dem Gebiete der Immunitätswissenschaft zu befassen. Im Vordergrunde dieser Aufgaben stehen die serologischen Untersuchungen, die für Ärzte und Krankenhäuser zur Diagnose der Syphilis und zur Kontrolle ihrer Behandlung ausgeführt werden. In welchem Maße diese Arbeiten im Laufe der Jahre zugenommen haben, zeigt am besten ein Vergleich des letzten Friedensjahres 1913 mit dem Jahre 1926. Während im Jahre 1913 nur 1138 Einzelproben auf Syphilis zu untersuchen waren, betrug die entsprechende Zahl im Jahre 1926 14 309, die 40 730 verschiedene Einzeluntersuchungen notwendig machten. Neben der Wassermannreaktion, die sowohl nach der amtlichen Vorschrift als auch in einer empfindlicheren Modifikation ausgeführt wird, kommen bei allen Proben, soweit die eingesandte Blut- bzw. Liquormenge ausreicht, mindestens zwei Fällungsreaktionen *(Sachs-Georgi* und *Meinicke)* zur Anwendung, um die in vielen Fällen wünschenswerte Kontrolle und Ergänzung der WaR zu erhalten. In besonderen Fällen werden außerdem noch andere Verfahren *(Sachs-Klopstock-Ohashi, Müller* u. a.) zur Sicherung der Diagnose herangezogen. Bei Liquorproben werden außer den bereits genannten Verfahren auf Wunsch auch die Zellzählung, Eiweiß- und Kolloidreaktionen ausgeführt. Neben der Syphilis machen auch andere infektiöse Krankheiten, wie Tuberkulose, Gonorrhoe, Echinokokkeninfektionen u. a., mehr oder weniger häufig serologische Untersuchungen notwendig.

Die Proben, die der Abteilung zur Untersuchung auf die genannten Krankheiten zugehen, werden in der Hauptsache von staatlichen Anstalten und Krankenhäusern, mit Ausnahme der drei großen allgemeinen Krankenhäuser, eingesandt. Ferner sind auch verschiedene Wohlfahrtseinrichtungen, Stiftungen u.a. an der Lieferung von Untersuchungsmaterial beteiligt. Ebenso ist es den praktischen Ärzten freigestellt, von unbemittelten Patienten, die keiner Kasse angehören, Proben einzuschicken. Alle diese Untersuchungen werden kostenlos ausgeführt.





Übersicht über die Anzahl der in der Abteilung für Lebensmitteluntersuchung des Hygienischen Staatsinstituts seit 1894 zur Untersuchung gekommenen Proben



Laboratorium der serobiologischen Abteilung

Neben der Bearbeitung von Proben menschlicher Erkrankungen gehört zu den amtlichen Aufgaben der Abteilung auch die Nahrungsmittelkontrolle mittels der serobiologischen Eiweißdifferenzierung. Das Material wird teils von der Polizei in den Lebensmittelgeschäften entnommen, teils aber auch vom Publikum in verdächtigen Fällen eingesandt. Vorwiegend handelt es sich um Hackfleisch und Würste, gelegentlich aber auch um ganze Fleischstücke, zubereitete Speisen u. a., deren Herkunft und Zusammensetzung bestimmt werden soll. Die Prüfung erfolgt nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Präzipitationsverfahren von *Uhlenhuth*, das in besonderen Fällen durch die Komplementbindungsmethode nach *Neisser* und *Sachs* ergänzt wird. Beanstandungen, die in früherer Zeit nicht selten waren, sind in den letzten Jahren nicht mehr vorgekommen.

Hand in Hand mit den eben beschriebenen Arbeiten gehen die wissenschaftlichen Aufgaben, die der Abteilung aus der Verpflichtung erwachsen, sich jederzeit mit den neuesten Forschungsergebnissen vertraut zu machen und sie gegebenenfalls praktisch in Anwendung zu bringen. Zu diesen Aufgaben gehören ferner die Erstattung von Gutachten über serologische Fragen, die Ausbildung von Ärzten und Schülerinnen im serologischen Arbeiten, die Vorbereitung von Demonstrations- und Übungsmaterial für Vorlesungen, Kurse und Ausstellungen, die Beratung von Heufieberpatienten u. a.

Die Aufgaben der *Abt. V „Städtereinigung“* des Hygienischen Staatsinstituts bestehen in der hygienischen Überwachung des ausgedehnten Hamburger Sielnetzes, das mit einem Kostenaufwand von über 600 Millionen Mark so weit ausgebaut ist, daß die Länge der gesamten Sielstränge fast 700 km ausmacht. Es handelt sich hier in der Hauptsache um Untersuchungen über die Zusammensetzung der Abwässer und der Kanalluft auf giftige oder leicht explosible Gase und auf aggressive Stoffe in den Abwässern, die die Sielbauwerke schädigen können. Durch das Sielsystem schickt Hamburg täglich rund 200 000 cbm Abwässer häuslichen und industriellen Ursprungs in die Elbe, die als die natürliche biologische Reinigungsanlage Hamburgs anzusehen ist. Eine der Hauptaufgaben, die seit dem Cholerajahr 1892 in systematischer Arbeit fortgesetzt wird, ist deshalb die hygienische Überwachung des Elbstroms und des weitverzweigten Hafengebiets auf seine Selbstreinigungskraft. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß der Selbstreinigungsprozeß der Elbe ausgezeichnet arbeitet und daß die Hamburger Abwässer auf einer Selbstreinigungsstrecke von etwa 20 km Länge ohne grobsinnlich wahrnehmbare Mißstände in indifferente Substanzen umgewandelt werden, die durch ihren Nährwert noch dazu beitragen, die Kleinlebewelt des Elbstroms zu fördern und damit der Fischerei zu dienen.

Eine große Gefahr bedeuten die in den Nachkriegsjahren auf der Unterelbe und dem Hafengebiet in immer stärkerem Maße auftretenden Ölverunreinigungen, die durch die ölfeuernden Dampfer und die im Reiherstieggebiet liegenden zahlreichen Mineralölwerke hervorgerufen werden. Durch dauernde Überwachung des ganzen in Betracht kommenden Geländes ist es gelungen, die Ölverunreinigungen auf ein Mindestmaß herabzudrücken.

Einer ebenso genauen und systematischen Kontrolle werden die Nebenflüsse der Elbe auf Hamburger Gebiet, die Alster mit Tarpenbeck und Collau, die Bille und die Doveelbe, und die an ihnen liegenden Flußbadeanstalten unterzogen. Namentlich die beiden einzig in der Welt dastehenden Erweiterungsbecken der Alster, die Außen- und Binnenalster, werden scharf dahin überwacht, daß keine unzulässigen Verschmutzungen durch Abwässer oder



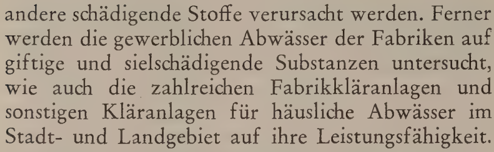
Die Barkasse des Hygienischen Staatsinstituts für Untersuchungen auf der Elbe



Kläranlage Bergedorf



Kläranlage Elmshorn zur Reinigung und Entkeimung von Gerbereiabwässern



andere schädigende Stoffe verursacht werden. Ferner werden die gewerblichen Abwässer der Fabriken auf giftige und sielschädigende Substanzen untersucht, wie auch die zahlreichen Fabrikkläranlagen und sonstigen Kläranlagen für häusliche Abwässer im Stadt- und Landgebiet auf ihre Leistungsfähigkeit.

Neben der Abwasserfrage ist es besonders die Abgasefrage, womit sich die Abteilung V besonders beschäftigt.

Außer dieser in großen Zügen skizzierten amtlichen Tätigkeit der Abteilung V werden auf der Versuchskläranlage in Bergedorf und in Elmshorn die neuesten Verfahren auf dem Gebiete der Abwasserreinigung nachgeprüft, wobei es gelungen ist, Gerbereiabwässer durch eine besondere Modifizierung des Belebtschlammverfahrens nicht nur hochgradig zu reinigen, sondern auch zu entkeimen.

Die *Abteilung VI (Gewerbe-, Bau- und Wohnungshygiene, Schädlingsbekämpfung)* hat die Aufgabe, alle in ihr Arbeitsgebiet fallenden Fragen, die dem Hygienischen Staatsinstitut zur Stellungnahme und Untersuchung überwiesen werden, zu bearbeiten. Die Untersuchung gewerblicher Betriebe oder ihrer Umgebung erfolgt in engster Zusammenarbeit mit dem Gewerbeaufsichtsamt.

Von Jahr zu Jahr ist die Zahl der von Ärzten überwiesenen berufskrankheitsverdächtigen Patienten zur Feststellung, ob es sich um Bleikrankheit oder andere Berufskrankheiten handelt, gestiegen und betrug im Jahre 1927 über 600.

Wohnungshygienefragen werden in Gemeinschaft mit dem Wohnungspflegeamt untersucht; es handelt sich hier meist um Wohnungsfeuchtigkeit, Geruchsbelästigungen oder angeblich giftige Gase.

Die hygienisch-chemische Begutachtung verschiedenster Materialien erfolgt auf Grund eingehender toxikologischer und chemischer Untersuchungen.

Die Schädlingsbekämpfung mit Blausäure ist in den letzten Jahren von großer praktischer Bedeutung geworden. Die Blausäureausgasung landfester Gebäude unterliegt der amtlichen Begutachtung und Überwachung der Abteilung VI im Einvernehmen mit Abteilung III des Hygienischen Staatsinstituts. Zahlreiche mit der Blausäureausgasung zusammenhängende wichtige Fragen bedurften der Aufklärung und wurden in der letzten Zeit in Abteilung VI wissenschaftlich bearbeitet. Sehr eingehende Untersuchungen wurden über die Adsorption von Blausäure durch die verschiedensten Baustoffe, Polstermaterialien, Kleidungsstoffe, Betten, Decken usw. ausgeführt, und dabei wurde festgestellt, daß die Blausäure, die leicht in die verschiedensten Materialien eindringt, gar nicht so leicht aus diesen Stoffen herauszubringen ist; daher kann sich auch nach vorgeschriebener Lüftung die Blausäure unter gewissen Umständen nachträglich in den Räumen wieder so anreichern, daß gefährlich wirkende Mengen in der Raumluft enthalten sein können. Dies ist für die praktische Durchführung von Ausgasungen von größter Bedeutung. Die Erwärmung hat sich zur Entfernung der adsorbierten Blausäure besonders geeignet erwiesen. Weiterhin wurden experimentelle Untersuchungen über die zweckmäßigste Auswahl von Baustoffen und Wandbekleidung von Blausäurekammern ausgeführt und die Maßnahmen bei der Ausgasung von Gewächshäusern mit dem neuen Blausäurepräparat „Calcium dust“ experimentell geprüft. Es konnten gewisse Erleichterungen der bisher geltenden Blausäureverordnung für die Anwendung von „Calcium dust“ in Vorschlag gebracht werden, die mit als Unterlage für die vom Reich erlassenen Richtlinien über die Anwendung von Calcium dust gedient haben. Eine geeignete Apparatur für die Bestimmung adsorbierter Blausäure, die



Apparatur zur Messung der Blausäurekonzentration in einem durchgasten Raum durch Absaugung eines bestimmten Luftvolums und Bestimmung der darin enthaltenen Blausäuremenge

1. Mit Gummifalz versehene' gasdicht schließende Eisentüren der Blausäureentmottungskammern. 2. Absaugungsrohr aus Glas, das etwa 1 m in den Durchgasungsraum hineinragt. 3. Absorptionsgefäß mit 10 v. H. Natronlauge beschickt. 4. Aspirator, so eingestellt, daß genau 10 Liter Kammerluft in 20 Minuten durch das Absorptionsgefäß 3 gesaugt werden kann 5. Bürette mit n/10 Silbernitratlösung, aus der sofort nach Absaugung die absorbierte Blausäuremenge nach der Methode von Liebig titriert wird.

bei vorsichtiger Handhabung ein gefahrloses Arbeiten mit Blausäure gestattet, wurde zusammengestellt.

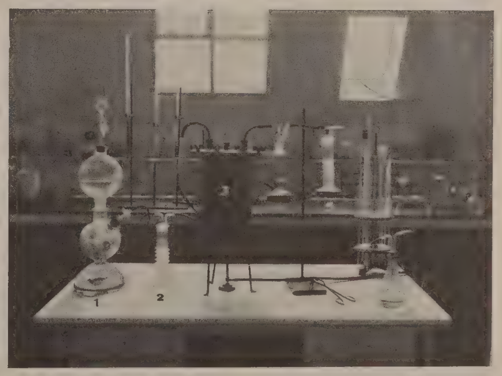
Die Abteilung VII (Sporthygiene, Heizung, Lüftung, Verkehrs- und Badewesen): Im Vordergrunde stehen die sporthygienischen Aufgaben. Sie sind theoretische Natur, soweit sie den Unterricht an der Universität, dem Vorlesungswesen und der Volkshochschule betreffen. Dieser Unterricht besteht in Vorlesungen und Kursen. Er soll durch ein Seminar für Sporthygiene erweitert werden. Auch in den Verbänden und Vereinen der Jugendpflege werden ständig Vorträge aus dem Gebiete der Sporthygiene gehalten.

Schon mehr in das praktische Gebiet schlägt die Ausbildung geeigneter Sportärzte und der Lehrkräfte für Turn- und Sportausbildung. Für diesen Zweck finden besondere Kurse statt, die mit Rücksicht auf die damit verbundene Tätigkeit im Turnen und Sport nach auswärts verlegt werden müssen. Darum wäre zu wünschen, daß nach amerikanischem Muster und altgriechischem Vorbild das Hygienische Staatsinstitut gleichzeitig Hallen- und Spielplätze in unmittelbarer Umgebung aufweisen müßte. Nur so wäre es der Abteilung möglich, die praktische und wissenschaftliche Arbeit in der Sporthygiene zu leisten, die ebensosehr die Studentenschaft wie die Schuljugend und die Vereine der Leibesübungen und schließlich auch die Ärzte betrifft.

Das berührt die nächste praktische Frage, die der sportärztlichen Untersuchung und Beratung aller Studierenden. Sie wurde zur Notwendigkeit, seitdem sämtliche Studierende zur Leibesübungspflicht angehalten sind. In gleicher Art wird schon von der Abteilung auf Antrag die sportärztliche Untersuchung von Mitgliedern Hamburger Vereine der Leibesübung sowie an der Schuljugend durchgeführt.

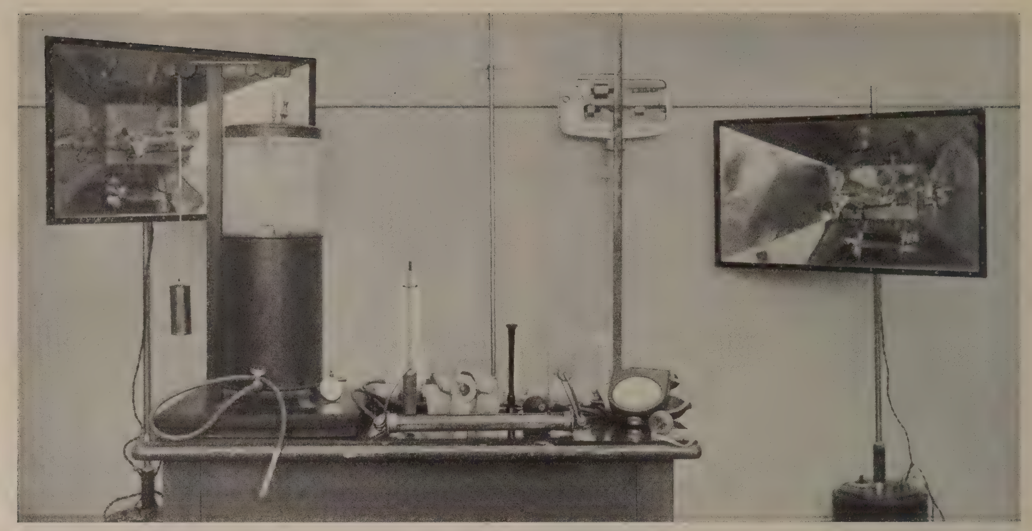
Auch der wissenschaftliche Aufgabenkreis teilt sich in ähnlicher Weise. Die rein theoretischen Abschnitte (Sichtung, statistische Verwertung des laufenden Untersuchungsmaterials und literarische Arbeiten) können von der Abteilung durchgeführt werden. Dagegen müssen die experimentellen Arbeiten stark beschränkt bleiben, bis die für diesen Zweck geeigneten Räume und Sportanlagen geschaffen sind.

Die in gleicher Weise gegliederten Aufgaben für Heizung, Lüftung, Verkehrs- und Badewesen trifft dasselbe Los. Auch hier fehlen noch geeignete Räume, ohne die ein experimentelles Arbeiten auf diesen hygienischen Gebieten nicht möglich ist. Es wird darum versucht, zur Zeit experimentelle Arbeiten aus dem Gebiet der Lüftung und Staubreinigung außerhalb des Instituts durchzuführen. Sie hängen mit der Frage der Schulhygiene, besonders mit der



Apparatur zur ungefährdeten Untersuchung von Versuchsmaterialien, die größere Mengen Blausäure enthalten.

1. Kohlensäureentwicklung. 2. Waschung des Kohlensäurestromes. 3. Luftdicht verschließbares Emaillegefäß zur Aufnahme des blausäurebegasten Materials (Bau-, Kleiderstoffe etc.), in einem Heißwasserbade hängend. 4. Absorptionsgefäß für die in Freiheit gesetzte und im Kohlensäurestrom übergetriebene Blausäure, mit n/10 Silbernitratlösung beschickt (Titration nach Volhard). 5. Kontrollwaschflasche, ebenfalls mit Silbernitratlösung beschickt, die durch beginnende Trübung die Erschöpfung der 1. Absorptionsvorlage anzeigt.

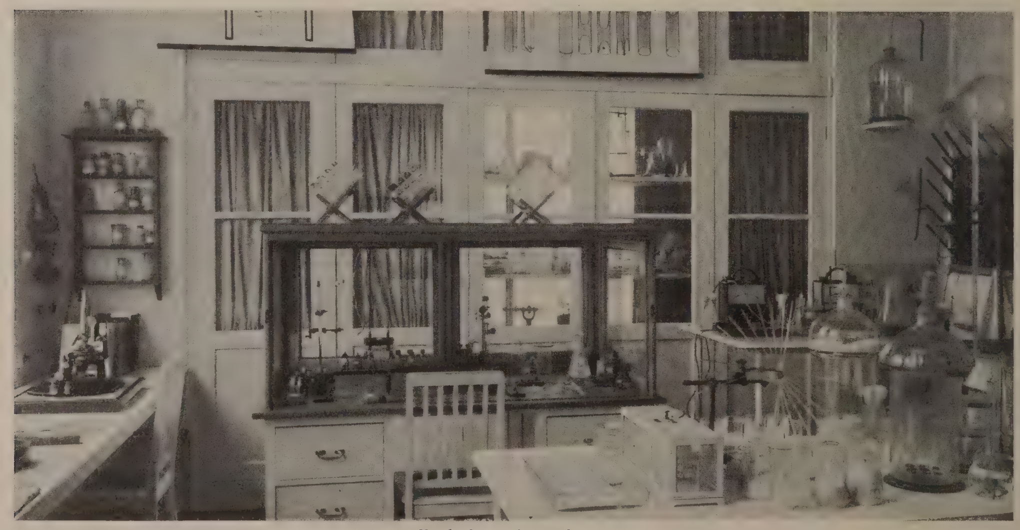


Sportärztliches Instrumentarium

Anlage und Pflege von Turnhallen und Spielplätzen, zusammen.

Auch mit der Verkehrshygiene kann sich die Abteilung nur theoretisch befassen. Durch die heutige Entwicklung des Automobilwesens wird nicht nur die Gesundheit und das Leben der Volksgemeinschaft betroffen, sondern es bestehen auch Brücken nach der Seite des Sportwesens. Darum hat die Abteilung versucht, soweit es ihr möglich war, gerade an diesen Fragen der Verkehrshygiene mitzuarbeiten.

Dem Verbande des Hygienischen Staatsinstituts ist vor fünf Jahren ein kolloidchemisches Laboratorium eingefügt worden. Eine der Hauptaufgaben dieses Laboratoriums besteht darin, den verschiedenen Abteilungen des Instituts die Methoden der Kolloidchemie und physikalischen Chemie zu vermitteln und deren praktische Ausnutzung zu fördern. Die speziellen Arbeiten des Laboratoriums befassen sich mit der Bewegung von Flüssigkeiten in Kapillarsystemen.



Colloid-chemisches Laboratorium

DIE DESINFEKTIONSANSTALTEN

VON AMTMANN WEGNER

DIE Reorganisation des Desinfektionswesens in Hamburg, die sich an die Choleraepidemie von 1892 anschloß, kam zum vorläufigen Abschluß mit der Eröffnung der im Jahre 1893/94 neuerbauten Desinfektionsanstalt I am *Bullerdeich.* Bis 1923 blieb daneben noch die provisorisch eingerichtete Anstalt II vor dem Holstentor in Betrieb. Nachdem im Jahre 1915 die Desinfektionsanstalten räumlich an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt waren, besonders wegen der starken Inanspruchnahme für das Heer, wurde eine zweite provisorische Desinfektionsanstalt am Bullerdeich errichtet.

Der Besucher, der die Desinfektionsanstalten für das Stadt- und Landgebiet am Bullerdeich (Abb. 1) betritt, gelangt am Pförtnerhaus vorbei in den Vorhof, an dem rechts ein Beamtenwohnhaus mit drei Dienstwohnungen und links das Hauptgebäude der Anstalt I belegen ist. Es enthält Meldezimmer, Geschäftszimmer des Anstaltsleiters, die Desinfektionshallen — unreine und reine Seite — mit fünf Dampfdesinfektionsapparaten und einem Vakuum-Formalin-Wasserdampf-Desinfektionsapparat, Baderäume, Nebenräume und das Hauptlager.

An den ersten und zweiten Hof grenzen die Be- und Entladeseite des Hauptgebäudes, das Waschhaus, Wagenräume, Werkstätten und das Maschinenhaus, von dem Dampf für die Desinfektionsapparate, das Waschhaus und die Zentralheizung geliefert wird. Ein Kran dient zum Entladen von Desinfektionsgut, das mit Barkassen angefahren wird. Am Zwischenhof zur Anstalt II liegen Kammern für feuergefährliche Sachen und Blausäuregasungen.

Für die Herstellung der provisorischen Anstalt II sind Holzfachwerkwände gewählt worden, die im Äußeren mit Brettern verschalt, im Innern mit Zementverputz auf Drahtgewebe versehen sind. Das Hauptgebäude ist mit sechs großen Dampfdesinfektionsapparaten ausgestattet, daneben enthält es die nötigen Verwaltungs- und Baderäume, Schwefelgaskammern und sonstige Nebenräume. In Nebengebäuden sind Betriebslager, Mannschafts- und Sammlungsräume untergebracht.

Die Desinfektionsapparate der Anstalt II sind nur zeitweise in Betrieb, z. B. bei Anlieferung großer Warenmengen; sie dienen auch als Reserve für Epidemiezeiten.

Für die Beförderung von Desinfektionsgut, Wäsche, Arbeitsgeräten usw., stehen eigene Kraftwagen zur Verfügung (Abb. 9).

Für den Freihafen verkörperte zunächst der „*Desinfektor*“ die Desinfektionsanstalt. Das Schiff ist mit einer Kohlenoxyd-Gasanlage für die Vertilgung von Ratten auf Schiffen nach dem *Nocht-Giemsa*-Verfahren ausgestattet, sowie mit einem Dampfdesinfektionsapparat und einer Badeeinrichtung. Da die Anlage unzureichend war — außer dem „Desinfektor“ standen nur noch kleine Holzbauwerke am Veddelhöft zur Verfügung —, ist mit einem Kostenaufwand von 290000 Rm. am *Ellerholzkanal* ein neues Desinfektionsdienstgebäude errichtet und im Herbst 1927 bezogen worden. Das neue Haus (Abb. 2) enthält im Mittelbau die Desinfektionshallen mit modernen Apparaten und Baderäumen für Körperdesinfektionen. Im Vorderbau sind die Verwaltungs- und Mannschaftsräume untergebracht. Im hinteren Teil des Gebäudes befinden sich Kesselhaus, Werkstätten und Nebenräume. Oben im Turm ist die Blausäurekammer untergebracht, und zwar so, daß Gas nicht in das Gebäude eindringen



Abb. 1. Desinfektionsanstalten am Bullerdeich



Abb. 2. Desinfektionsanstalt am Ellerholzkanal

kann. Der Neubau liegt im Zentrum der großen Häfen. Für den Dienstverkehr stehen zwei eigene Motorbarkassen und eine angemietete Barkasse zur Verfügung.

Benzin und Benzol, das für Kraftwagen und Barkassen benötigt wird, ist in den Anstalten am Bullerdeich und am Ellerholzkanal in Tankanlagen für je 6000 Liter Betriebsstoff untergebracht.

Aufgaben. Durch das hamburgische Gesetz vom 9. Juni 1899 ist für alle Fälle von Pest, Cholera, Gelbfieber, Blattern, Fleckfieber, Rückfallfieber und Lepra der Desinfektionszwang eingeführt. Bei andern die Umgebung gefährdenden Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Darmtyphus, Tuberkulose usw., hat die Desinfektion zu erfolgen, wenn sie von dem zuständigen Medizinalbeamten angeordnet wird. Die *Desinfektionen* auf amtliche Anordnung sind stark zurückgegangen (Abb. 3). Der Anstieg der Kurven für die Kriegsjahre bezieht sich auf Arbeiten für das Heer. In den letzten Jahren häufte sich die Zahl der Desinfektion von Dampfern, die mit Vieh aus milzbrandverdächtigen Ländern in den Hafen einliefen.

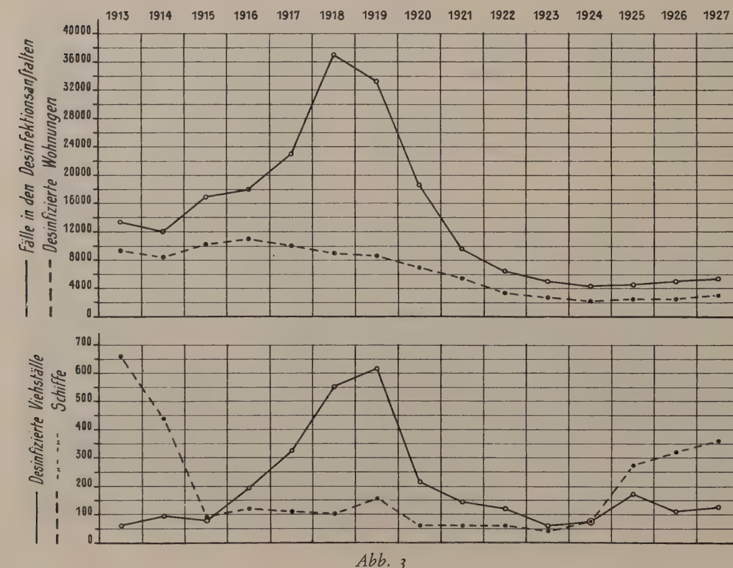


Abb. 3

Die Desinfektionsanstalten haben sich nicht nur mit Desinfektionen zu befassen, sondern auch mit der *Schädlingsbekämpfung.* Die Vertilgung von Wanzen, Läusen, Flöhen, Schaben usw. in Privathäusern wird den Privatkammerjägern überlassen. Die Desinfektionsanstalten greifen nur ein, wenn Staatsgebäude in Betracht kommen oder wenn eine Bezahlung der Arbeiten nicht zu erreichen ist. Mücken werden auf Antrag bekämpft. Dabei haben sich flüssige Vertilgungsmittel gut bewährt. Als eine der wichtigsten Aufgaben der

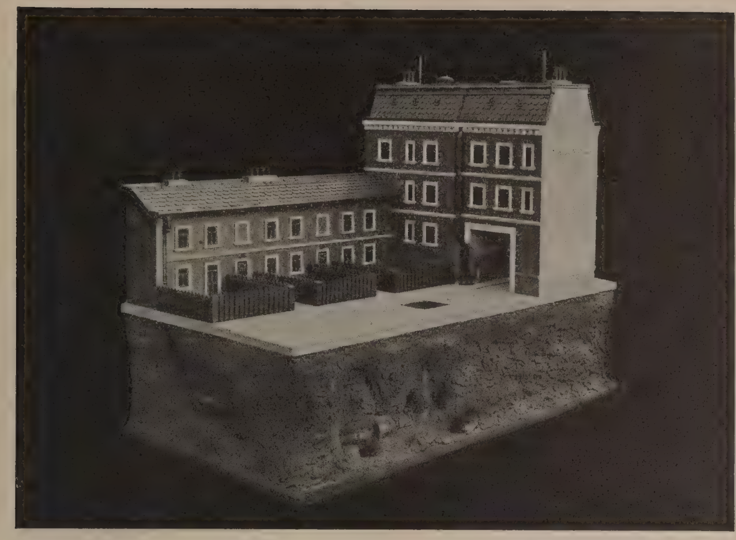


Abb. 4. Häuser mit Sielschäden durch die Ratten unter Fußböden und ins Freie gelangen

Anstalten gilt zur Zeit die Bekämpfung der *Ratten.*

Die Zahl der Fälle, in denen wegen Vertilgung der Ratten eingegriffen wurde, ist im Laufe der letzten Jahre erheblich gestiegen (Abb. 5). Sämtliche Sielschächte werden, soweit ihre Anlage dies zuläßt, regelmäßig mit Giftspeisen belegt. An Fluß- und Kanalufern, in öffentlichen Parkanlagen, in Kaischuppen, an Landungsanlagen usw. erfolgt die Vernichtung der Ratten mit Gas oder Gift. Staatliche Gebäude sind von Ratten zu befreien und auf Antrag auch Privatgrundstücke. Es genügt nicht, die Ratten mit Gas oder Gift zu bekämpfen, denn es bleiben dabei noch genug Tiere am Leben, die die Verluste bald wieder ausgleichen. Durch planmäßige Sanierungsarbeiten müssen die Lebensbedingungen der Ratten möglichst ungünstig gestaltet werden. Dies kann nur veranlaßt werden durch praktisch erfahrene Beamte, von denen die örtlichen Einrichtungen, die die Vermehrung der Ratten begünstigen, richtig beurteilt werden können.

Gesamtzahl der Fälle betreffend Rattenbekämpfung in den Jahren:

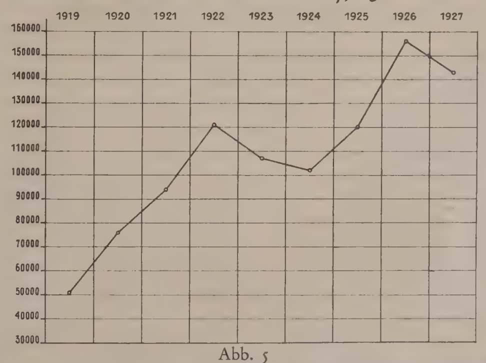


Abb. 5

Als Hauptzufluchtsort der *Wanderratten* (mus decumanus) kommen die Siele in Betracht. In den Hauptsielen finden sie keine Gelegenheit zum Ansiedeln, die Nebensiele bieten ihnen schon bessere Lebensmöglichkeiten. Von dort dringen sie in die Haussiele ein und gelangen bei vorhandenen Sielschäden (Abb. 6). unter die Häuser und in die Wohnungen. Abb. 4 zeigt ein Modell, welches darstellt, wie die Ratten aus dem Haussiel an die Erdoberfläche gelangen. Ein unterirdisches Sielrohr ist aufgeschlagen und nach Beseitigung der Verstopfung wieder mit einer Bleiplatte gedichtet. Die Ratten durchnagen das Blei und finden durch das Erdreich einen Weg an die Oberfläche. Ein Regenwasserrohr ist versackt und die Sielmuffe zerbrochen, die Ratten kommen aus dem Siel durch die Erde

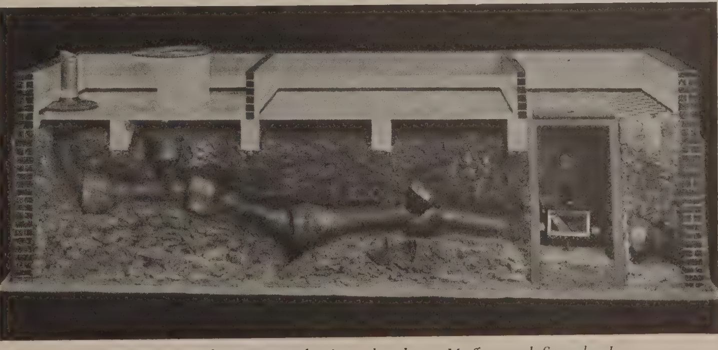


Abb. 6. Gesacktes Haussiel mit zerbrochnen Muffen und Sperrkorb



Abb. 7. Saßscher Patentsperrkorb



Abb. 8. Ausräuchern einer von Ratten stark bewohnten Rasenfläche mit Hora-Apparaten

in die Gärten oder unter die Fußböden. Auf dem Hofplatz sind im Regenkasten Dunstglocke und Sielrost beschädigt, auch ist am Vorderhaus ein Regenfallrohr defekt. In beiden Fällen können die Ratten direkt aus dem Siel an die Erdoberfläche gelangen.

Sielbeschädigungen haben wir fast ausnahmslos mit Signal-Rauchpatronen, die auf Veranlassung des Verfassers von der Deutschen Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung in Frankfurt a. M. hergestellt werden, feststellen können.

Die Haussiele können gegen das Eindringen der Ratten durch den Einbau von *Absperrvorrichtungen* geschützt werden. Bewährt hat sich der Saßsche Patentsperrkorb. Er besteht aus einem gußeisernen Reinigungskasten mit eingebauten Sperrstäben aus Bronze, die auf einer Achse befestigt sind (Abb. 7). Abb. 6 zeigt, wie der Sperrkorb in das Siel eingebaut wird. Eine andere Sperrvorrichtung wird von Krombach hergestellt. Sie ist nicht mit Sperrstäben, sondern mit einer besonders konstruierten hohlen Sperrplatte ausgestattet. Bei gutem Sielgefälle ist sie wirksam. Pohl baut ein „Rattex-Universal-Wasserklosett" mit Giftkammer in die Siele ein; gute Witterung soll die Ratten in die Giftkammer locken.

Um bei der Rattenvertilgung durchgreifende Erfolge zu erzielen, werden auch ganze Stadtteile planmäßig überholt. Dabei werden gleichzeitig die nötigen Sielinstandsetzungen usw. veranlaßt.

Bei der Vertilgung von Ratten in Erdwällen, an Uferböschungen, in Komposthaufen usw. leistet das Hora-Räucherverfahren gute Dienste (Abb. 8). Sind größere Gebäude auszuräuchern, so findet das Nocht-Giemsasche Generatorgas-Verfahren Anwendung.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert auch die Bekämpfung der *Hausratte* (mus rattus) bzw. der Abarten dieser Ratte, die in Hamburg in größeren Geschäftshäusern in den Obergeschossen auftritt.

Eine eingehende Beschreibung der Rattenbekämpfung in Hamburg, von Prof. Dr. *Kister* und *Wegner*, findet sich in der Zeitschrift „Seuchenbekämpfung", Jahrgang V, Heft 1 und 2 (Verlag Moritz Perles, Wien). Das neue Anstaltsgebäude am Ellerholzkanal wird demnächst im „Technischen Gemeindeblatt" (Verlag Carl Heymann, Berlin) beschrieben.



Abb. 9. Kraftwagen für Desinfektionsgut

DIE STAATSIMPFANSTALT HAMBURG

VON OBERIMPFARZT PROFESSOR DR. PASCHEN

ZUR Zeit der 1901 in Hamburg tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte war die neue Staatsimpfanstalt im Bau begriffen; in der Festschrift hat der damalige Oberimpfarzt, Prof. Leonhard Voigt, an der Hand von zwei Plänen die Baulichkeiten beschrieben. Der Neubau wurde 1902 bezogen. 1913 wurde auf dem nach der Bülaustraße gelegenen Teile des Gebäudes ein Stockwerk zur Aufnahme der Laboratorien aufgesetzt, so daß die Impfanstalt nunmehr symmetrisch ist (Bild 1). Das neue Stockwerk enthält 4 Räume: 1. Raum für Brutschrank, Paraffinschrank, Schrank für Trockensterilisation, Abzugskapelle; 2. einen großen Arbeitsraum mit Arbeitstischen, Zentrifuge, Apparaten für Wasserdruckfiltration, Kugelmühle, Schüttelapparat usw.; 3. ein Sammlungszimmer mit Verdunkelungseinrichtung, Mikrotom; 4. ein Mikroskopierzimmer mit sehr großen, nach Norden und nach Osten gehenden Fenstern (Bild 2). 4 Arbeitsplätze, 5 Mikroskope (3 Zeiß, 2 Leitz) stehen zur Verfügung. Im Keller befindet sich eine Dunkelkammer, die auch als Raum für Mikrophotographie dient.

Die beifolgende Kurve gibt ein Bild (Bild 3) von den in den öffentlichen Terminen ausgeführten Impfungen. Parallel der infolge des Krieges einsetzenden Abnahme der Geburten geht eine rapide Abnahme der Impfungen einher. 1917 war die Zahl der Impfungen besonders hoch infolge der kleinen Pockenepidemie. Seit 1927 sinken entsprechend die Zahlen der Wiederimpflinge. Die Geburtenzahl ist auch in Hamburg wie in andern Großstädten ständig im Abnehmen begriffen.

Um die animale Vakzine hat sich der verstorbene Oberimpfarzt Prof. L. Voigt große Verdienste erworben. Voigt und L. Pfeiffer haben 1903 das Kaninchen als Passagetier bei der Lymphegewinnung eingeführt. Der Turnus Kalb — Kaninchen — Kalb schützt sicher vor Degeneration, die bei konsequenter Verimpfung von Kalb zu Kalb häufig drohte. Sooft sich Gelegenheit bot, wurden von L. Voigt Versuche



Abb. 1. Gesamtansicht



Abb. 2. Innenraum

unternommen, durch Übertragung von Variola auf das Rind neue Stämme zu gewinnen. Ein Teil der Versuche wurde von Erfolg gekrönt. Später wurde auch bei diesen Versuchen das Pockenmaterial zunächst auf Kaninchen, und nach drei Passagen auf diesem Tier weiter auf Kälber übertragen. Aber auch diese Versuche waren nicht immer erfolgreich. In größerem Umfange waren zuletzt solche Versuche während des Weltkrieges möglich.

1916/17 herrschte in Hamburg eine kleine Pockenepidemie von 226 Fällen mit einer Mortalität von 14 v. H. Bezeichnend für den guten Impfschutz ist, daß bei den weiblichen Erkrankten die Todesfälle erst nach dem 50., bei den Männern nach dem 40. Lebensjahre auftraten, zu einer Zeit, wo also von der in der Kindheit ausgeführten Impfung keine oder nur geringe Immunität mehr bestand. Dank der energisch ausgeführten Durchimpfung der Bevölkerung — es wurden in zahlreichen Terminen, die sich über die ganze Stadt erstreckten, etwa 400000 Impfungen ausgeführt, also etwa der Hälfte der Bevölkerung entsprechend — ging die Seuche schnell zurück.

Der Weltkrieg stellte an die Impfanstalten große Anforderungen. Dank der in den Impfanstalten zur Verfügung stehenden Frigoloapparate, in denen die Lymphe bei minus 6—8 Grad aufbewahrt fast unbegrenzt haltbar ist, konnten alle, selbst weitgehende Bestellungen auf Schutzpockenstoff sofort erledigt werden.

Die Pocken haben in Hamburg seit dieser kleinen Epidemie sich nicht wieder oder nur als Einzelfälle gezeigt. Bei den wenigen, hier zur Beobachtung gelangenden Pockenfällen handelt es sich durchweg um die milde, jetzt in England, vorher in der Schweiz, in manchen Staaten Nordamerikas herrschende Form.

Experimentelle Arbeiten mit Pocken sind in Deutschland jetzt kaum möglich.

Ein neuer Weg bei der Lymphegewinnung ist in Hamburg seit zwei Jahren mit der zweitägigen Vakzine beschritten worden. Der Nachweis, daß Ausstriche von zweitägiger Lapine und zweitägiger Vakzine die Elementarkörperchen, die Referent als die Erreger anspricht, in unendlich großer Zahl, wie bei einer Reinkultur enthalten (Bild 4), legte den Gedanken nahe, das geimpfte Kalb statt nach 4 bis 5 Tagen schon nach zweimal 24 Stunden abzuimpfen. In Verdünnungen bis zu 1 : 5 Millionen erwies die zweitägige Lapine sich noch wirksam. Zweimal 24 Stunden nach der Impfung des Kalbes liegt der Impfprozeß noch ganz oberflächlich auf der Haut: es handelt sich um eine papulöse Schwellung der Impfschnitte; kratzt man diese ab, so bleibt man fast nur im Epithel, das die Hauptvermehrungsstelle des Erregers bildet. Reaktionsprodukte seitens des Tieres sind noch nicht vorhanden: der Vergleich mit einer Bakterienkultur auf einem künstlichen Nährboden liegt nahe. Auch hier ist die Virulenz der Kultur nach 2 × 24 Stunden am höchsten. Involutionen des Erregers sind noch nicht eingetreten. In Reihenversuchen bei Kindern bei Verimpfung der zweitägigen Vakzine wurden mit Verdünnungen bis 1 : 5000 noch erfolgreiche Impfungen erzielt (Bild 5). Die zweitägige Vakzine ist sehr resistent und lange haltbar. 21 Monate alte, in Verdünnung 1 : 25 im Frigolo aufbewahrte Lymphe wurde im Januar 1928 mit vollem Erfolg verimpft (Bild 6). 1927 wurde in

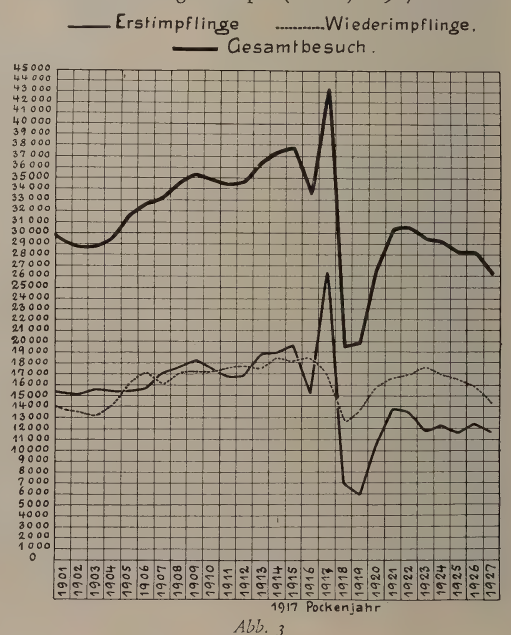


Abb. 3



Abb. 5. Impfung mit zweitägiger Vakzine Verdünnung: 1 : 5000

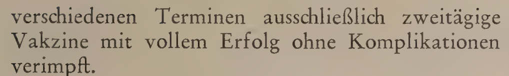




Abb. 6. Impfung mit zweitägiger Vakzine Verdünnung: 1 : 25, 21 Monate gelagert

verschiedenen Terminen ausschließlich zweitägige Vakzine mit vollem Erfolg ohne Komplikationen verimpft.

Seit 1900 wurden morphologische Untersuchungen über den Erreger der Variolavakzine, experimentelle Untersuchungen über Immunität, vergleichende Studien über die Tierpocken in der Impfanstalt ausgeführt.

Die Impfanstalt wird von dem leitenden Oberarzt, dem drei Impfärzte zur Seite stehen, geleitet. Während der Zeit der großen Impftermine treten diätarisch sechs praktische Ärzte hinzu.

Seit der Gründung der Universität werden in jedem Semester praktische Kurse im Impfen neben theoretischen Vorlesungen über Pocken und Impfung für Kandidaten der Medizin abgehalten. Während des ganzen Jahres kommen Medizinalpraktikanten (Höchstzahl 120, durchschnittlich etwa 80 im Jahr) zur Erledigung der gesetzlich vorgeschriebenen Impfungen. Bei den großen Kursen, die im allgemeinen ein- bis zweimal im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten stattfinden, trägt der Anstaltsleiter über Gebiete aus dem Impfwesen vor; praktische Übungen über die Pockendiagnose: Hornhautimpfungen, Färbung der Guarnierischen und Elementarkörperchen schließen sich daran an.

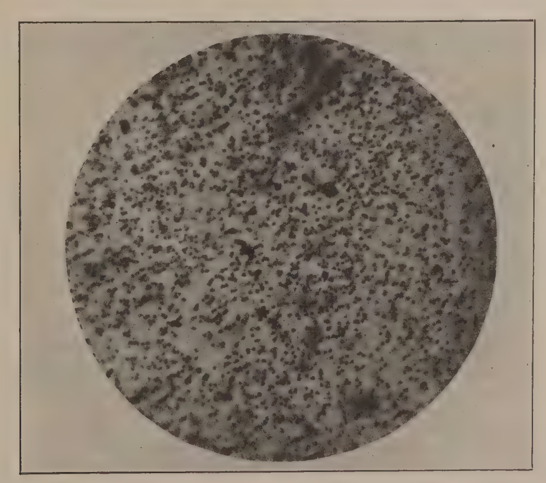


Abb. 4. Zweitägige Vakzine mit Elementarkörperchen

GESUNDHEITSPOLIZEI

VON REGIERUNGSDIREKTOR DR. KÄHNE, POLIZEIBEHÖRDE

DIE Gesundheitspolizei hat die Aufgabe, gegen die Krankheiten der Menschen, Tiere und Pflanzen, soweit es das öffentliche Interesse gebietet, die gesetzlich zugelassenen behördlichen Abwehrmaßnahmen zu treffen. Der gesundheitliche Schutz der Menschen erfordert in erster Linie die Bekämpfung ansteckender Krankheiten. Die Grundlage für die gesundheitspolizeilichen Abwehrmaßnahmen nach dieser Richtung bietet das Reichsgesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 20. Juni 1900 (Reichsseuchengesetz). Dieses Gesetz bezweckt die Bekämpfung von Aussatz (Lepra), Cholera (asiatische), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalische Beulenpest), Pocken (Blattern) und Milzbrand. Die Schutzmaßregeln, die das Gesetz der Polizeibehörde zuweist, greifen tief in das bürgerliche und wirtschaftliche Leben sowie in den öffentlichen Verkehr ein. Sie sind mannigfacher Art; im einzelnen sind zu nennen: allgemeine Anzeigepflicht, Absperrungen, Untersuchungs- und Beobachtungszwang, Aufenthaltsbeschränkung, Absonderung, Ausfuhrverbot, Marktverbot, Räumung von Wohnungen und Gebäuden, Einschränkung des Personen- und Güterverkehrs zu Wasser und zu Lande, Desinfektionszwang usw. Um die wirtschaftlichen Nachteile mancher dieser Maßregeln auszugleichen, sind vom Gesetz gewisse Entschädigungen vorgesehen. Auf dem Gebiete der Pockenbekämpfung liegt der Gesundheitspolizei die Feststellung der Impfpflichtigen und die Bestrafung der Impfsäumigen auf Grund des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 ob.

In Hamburg beschränken sich die nach dem Reichsseuchengesetz vorgesehenen gesundheitspolizeilichen Maßnahmen nicht nur auf den Verkehr an Land; eine ganz besondere Bedeutung hat hier vielmehr die gesundheitspolizeiliche Überwachung des Seeverkehrs. Über die Untersuchung der ein- und ausgehenden Seeschiffe sind eingehende reichs- und landesrechtliche Vorschriften erlassen. Auch sind auf diesem Gebiet die Ergebnisse der Internationalen Sanitätskonferenz zu Paris Mai/Juni 1926 zu beachten, unter denen die Einrichtung eines Seuchennachrichtendienstes besonders zu erwähnen ist. Die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen gegenüber den Seeschiffen, z. B. die Entgasung von Schiffen und die Vernichtung von Ratten, werden im engen Einvernehmen mit dem Hafenarzt getroffen. Alle ausgehenden Seeschiffe erhalten einen von der Polizeibehörde ausgestellten Gesundheitspaß, in dem bezeugt wird, daß am hiesigen Platz und in dem zugehörigen Hafen zur Zeit der Ausfertigung des Passes keine ungewöhnliche ansteckende Krankheit epidemisch herrscht. Das Reichsseuchengesetz sieht endlich, um die Einschleppung gemeingefährlicher Krankheiten aus dem Auslande zu verhüten, den Erlaß außerordentlicher gesundheitspolizeilicher Vorschriften für den Personen- und Warenverkehr vor (Einfuhr- und Durchfuhrverbote).

Andere ansteckende Krankheiten bekämpft die Gesundheitspolizei dadurch, daß sie auf Grund des allgemeinen Verwaltungsrechts entweder Verordnungen erläßt (z. B. zur Bekämpfung der Bartflechte) oder im einzelnen Fall die betroffenen Personen zwingt, sich einer bestimmten Behandlung zu unterziehen (z. B. Krätzekranke, Verlauste). Die Geschlechtskrankheiten werden nach den besonderen Bestimmungen des Reichsgesetzes vom 18. Februar 1927 bekämpft. Die Beförderungen und Umlegungen von Leichen bedürfen besonderer gesundheitspolizeilicher Genehmigung.

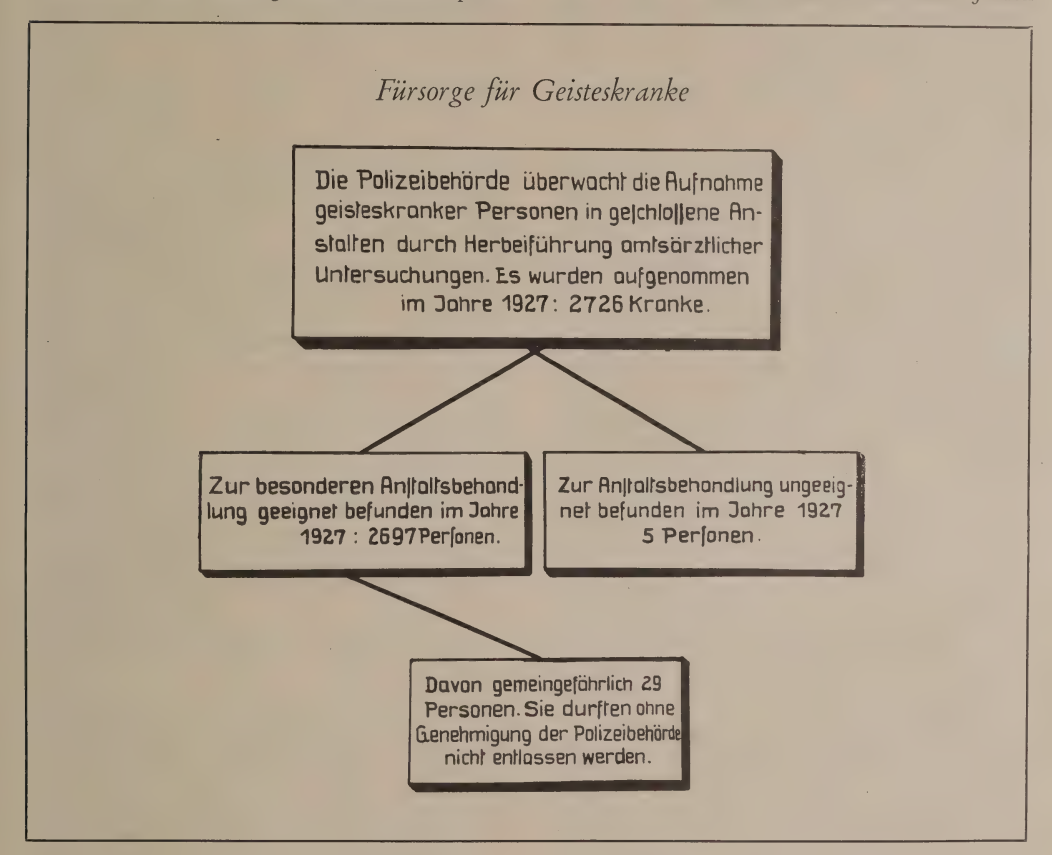
Die der Gesundheitspolizei obliegende Bekämpfung der Krankheiten von Menschen umfaßt auch fürsorgerische und vorbeugende Maßnahmen. In diesem Zusammenhange ist die Sicherstellung ärztlicher Hilfe in Notfällen und zur Nachtzeit sowie die Unterbringung von Geisteskranken zu nennen, s. nachfolgende Übersicht. Gesundheitspolizeilicher Natur ist ferner auch die Wohnungspflege, die in Hamburg durch ein besonderes Gesetz vom 12. Juli 1922 geregelt worden ist. Dieses Gesetz enthält eingehende Bestimmungen zu dem Zwecke, eine gesundheitsgemäße Beschaffenheit aller Wohn-, Arbeits- und Schlafräume sicherzustellen. (Verbot lästiger Tierhaltungen usw.) Auch die Abwehr gegen Geräusch- und Geruchsbelästigungen durch gewerbliche Betriebe, die für die Nachbarschaft oder die Allgemeinheit oft nicht nur lästig, sondern auch schädlich sind, gehört hierher.

Die Aufgaben der Gesundheitspolizei erstrecken sich weiter auf die Überwachung des Verkehrs mit Geheimmitteln und mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken sowie den Klein- und Großhandel mit Giften. Besondere Bestimmungen gelten auf diesem Gebiete für den Gebrauch von Blausäure zur Schädlingsbekämpfung und für den Handel mit Rauschgiften (Reichsgesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens vom 21. März 1924).

Endlich wirkt die Gesundheitspolizei zum Schutz der menschlichen Gesundheit mit bei der Aufsicht über die Krankenbehandler, die einer Melde- und Buchführungspflicht unterliegen, und bei der Durchführung der Ärzteordnung (Erlaß von Strafverfügungen).

Auch die behördlichen Abwehrmaßnahmen gegen Krankheiten der Tiere liegen der Gesundheitspolizei ob. Sie sind im einzelnen begründet im Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung der Rinderpest vom 7. April 1869, im Reichsviehseuchengesetz vom 26. Juni 1909 sowie in den hierzu erlassenen zahlreichen reichs- und landesrechtlichen Ausführungsvorschriften. Die Anordnungen der Polizeibehörde ergehen auf Grund der veterinärärztlichen Feststellungen.

Hinsichtlich der Bekämpfung der Pflanzenkrankheiten sind die Maßnahmen gegen *den Kartoffelkrebs* zu erwähnen, der in Hamburg und in den umliegenden preußischen Gebietsteilen seit 1919 beobachtet worden ist. Es dürfen daher nach der Polizeiverordnung vom 9. März 1927 nur solche Kartoffelsorten angebaut werden, die von der Hauptstelle für Pflanzenschutz als krebswiderstandsfähig empfohlen werden. Der Verkauf dieser Saatkartoffeln findet unter Aufsicht der Kleingartendienststelle statt. Ferner ist die *Blutlaus* in den letzten Jahren hier stärker aufgetreten. Die Polizeibeamten sind angewiesen, auf ihren Dienstgängen auf das Vorkommen dieses Schädlings zu achten und die Besitzer der betr. Grundstücke unter Aushändigung von Merkblättern zu Bekämpfungsmaßnahmen anzuhalten. Gegebenenfalls wird mit Strafandrohungen vorgegangen. Endlich hat die Polizeibehörde zur Bekämpfung des *Apfelblattsaugers* (Psylla mali) im Vorjahre den Spritzzwang durch Polizeiverordnung eingeführt. Spritzen werden kostenlos gestellt und Spritzmittel zu verbilligtem Preise geliefert.



DAS HAMBURGISCHE FORSCHUNGSINSTITUT FÜR EPIDEMIOLOGIE

VON DR. FRIEDRICH WOLTER, LEITER DES INSTITUTS

DIE außerordentliche Zunahme der Seuchenfrequenz in der gegenwärtigen Zeitperiode, im besonderen die Influenza-Pandemie von 1918 mit ihren Nachschüben bis zur Gegenwart, und die gewaltigen Epidemien Rußlands, die „an die größten Epidemien der Vergangenheit erinnerten, die man für immer aus der Geschichte der zivilisierten Welt verschwunden glaubte", haben die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit einer Seuchenbeobachtung im großen, d. h. in weiten Gebieten und über größere Zeiträume, hingelenkt. Zu diesem Zwecke hat bekanntlich der Völkerbund eine Hygiene-Sektion begründet, die mit Hilfe der Rockefeller-Stiftung von einzelnen Hauptpunkten aus die Seuchenbewegung auf der ganzen Erde fortlaufend beobachten läßt. Zugleich haben diese gewaltigen epidemiologischen Geschehnisse, zunächst in dem am schwersten heimgesuchten Rußland, der Erkenntnis Bahn gebrochen, daß die Lösung der ebenso schwierigen wie wichtigen Fragen des Seuchenproblems nur erwartet werden könne von besonderen Forschungsinstituten, in denen die epidemiologische Forschung auf eine sehr breite Grundlage gestellt und vor allem auch *Boden* und *Klima, Ort* und *Zeit,* in den Kreis der Betrachtung gezogen werden.

In Deutschland fehlte es bisher an einer solchen Arbeitsstätte für die epidemiologische Forschung, die erst ganz neuerdings bei uns von autoritativer Seite (*Kißkalt,* 1924) als der bakteriologischen *gleichberechtigt* und als ein *eigenes* Forschungsgebiet (*Neufeld,* 1925) anerkannt ist.

Diese Lücke auszufüllen ist das am 1. Mai 1926 neu errichtete „Hamburgische Forschungsinstitut für Epidemiologie" berufen. Es verdankt seine Entstehung der Erkenntnis, daß es für die Gesundheitsbehörde Hamburgs als einer Welthandelsstadt von besonderer Wichtigkeit ist, die aus solcher Seuchenbeobachtung im großen Stile sich ergebenden Beobachtungen und Erfahrungen in einem solchen Forschungsinstitut fortlaufend gesammelt, geordnet und kritisch gesichtet zu sehen.

Dementsprechend ist das Institut als eine Arbeitsstätte gedacht, in der die epidemiologische Forschung auf eine sehr breite Grundlage gestellt ist. Als solche Grundlage ist zu erachten: Hygiene, Bakteriologie, Parasitologie, klinische Medizin, Tropenmedizin, Immunitätsforschung, Pathologie und pathologische Physiologie, Geschichte der Medizin, ferner Bodenkunde, Wetterkunde, Pflanzen- und Tierkunde, sowie Tierseuchenlehre.

Das Institut steht in engsten Beziehungen zur Gesundheitsbehörde, wodurch ihm der notwendige Kontakt mit den Erfahrungen in der praktischen Seuchenbekämpfung gesichert ist; zugleich befindet es sich im Verbande der Hamburger Forschungsinstitute, wodurch ihm die ebenso notwendige Freiheit der Forschung gewährleistet ist.

Vorstand des Instituts ist der Präsident der Hamburgischen Gesundheitsbehörde. Derselbe ernennt seinen Stellvertreter, einen wissenschaftlichen Beirat und den wissenschaftlichen Leiter des Instituts.

Die für die Unterhaltung des Instituts notwendigen Geldmittel werden aufgebracht:

1. durch eine staatliche Beihilfe;
2. von Freunden des Instituts durch Gewährung jährlicher Beiträge.

Die speziellen Aufgaben des Instituts sind folgende:

1. Verfolgung der Seuchenbewegung auf der ganzen Erde an der Hand der Berichte der Hygiene-Sektion des Völkerbundes;
2. fortlaufende Durchsicht der Literatur auf Arbeiten, die für die Epidemiologie bedeutsam sind, aus den oben bezeichneten Forschungsgebieten;
3. Sichtung und Sammlung solcher Arbeiten in einem Archiv;
4. Anlegung einer Bibliothek;
5. Herausgabe von Arbeiten, die für die epidemiologische Forschung von besonderer Wichtigkeit sind. Voraussetzung dabei ist, daß dieselben beiden Forschungsrichtungen in der Epidemiologie Rechnung tragen; dabei sollen Arbeiten, die einer gegenseitigen Verständigung zu dienen geeignet erscheinen, den Vorzug haben;
6. Studienreisen an Epidemie-Orte, sowie zur Teilnahme an Kongressen usw.;
7. Orientierung fremder Ärzte, die sich speziell über epidemiologische Fragen unterrichten wollen;
8. Anknüpfung und Pflege der Beziehungen zu den epidemiologischen Forschungsinstituten des Auslandes.

In den ersten zwei Jahren seines Bestehens ist das Institut in eine planmäßige Zusammenarbeit mit dem *Pasteur-Institut in Moskau,* zunächst bezüglich

der Typhusfrage, auf Veranlassung von *Prof. Dr. Zeiß*, Moskau, eingetreten; ferner sind ähnliche Beziehungen angeknüpft zu der epidemiologischen Abteilung des Volkskommissariats für das Gesundheitswesen der Sowjet-Republiken *(Dr. Dobreitzer*, Moskau), dem Institut für Tropen-Hygiene in Amsterdam *(Prof. Dr. Zwellengrebel)*, dem Meteorologischen Institut in Berlin, dem Geographischen Institut in Wien *(Prof. Dr. Ed. Brückner)* und den Instituten für Geschichte der Medizin in Leipzig *(Prof. Dr. Sigerist)*, Würzburg *(Prof. Dr. Sticker)* und Gießen *(Prof. Dr. Honigmann)*.

DER HAMBURGISCHE LANDESAUSSCHUSS FÜR HYGIENISCHE VOLKSBELEHRUNG

VON PHYSIKUS PROFESSOR DR. SIEVEKING

DER Gedanke der hygienischen Volksbelehrung ist von jeher in Hamburg lebendig gewesen. Abgesehen von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, haben sich die Gewerkschaften schon früh in den Dienst der Sache gestellt, und die Ärzteschaft, ihnen voran die beamteten Ärzte, hat ihre Kräfte freiwillig gern zur Verfügung gestellt. Vor allem ist durch die gut dafür vorgebildeten Organe der Lungen- und Säuglingsfürsorgestellen, die in Arbeitsgemeinschaft mit den Wohlfahrtsstellen und den kirchlichen Gemeindepflegen stehen, dauernd eine so weitgehende und tiefgreifende hygienische Volksbelehrung seit Jahren im Gange und wird durch die schulärztliche Tätigkeit in Verbindung mit der dafür besonders zugänglichen und hilfsbereiten Lehrerschaft so wirksam ergänzt, daß die allgemeine Ansicht aller auf diesem Gebiete Erfahrenen die ist, daß trotz des gegen früher vielleicht veränderten heutigen Zeitgeistes besondere Veranstaltungen schwerlich unsere Bevölkerung weiter fördern können als jene andauernde, treue, methodisch gegliederte Arbeit.

Als deshalb der schon 1919 vom Reichsministerium des Innern in Berlin angeregte und 1921 begründete *Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung*, dem sich auch die hamburgische Gesundheitsbehörde als *Landesausschuß* damals angeschlossen hatte, im Jahre 1925 den Gedanken einer allgemeinen deutschen *Reichsgesundheitswoche* progagierte, fand er in Hamburg keinen begeisterten Widerhall. Der Gedanke konnte aber doch dank der hier üblichen und erprobten Zusammenarbeit aller in Frage kommenden Organisationen, die sich zu einem Landesausschuß auf breiterer Grundlage zusammenschlossen, so energisch gefördert und in die Tat umgesetzt werden, daß die *Reichsgesundheitswoche* vom 18. bis 25. April 1926 in Hamburg mit einem unerwartet günstigen Erfolg abschloß. Die niederdeutsche Bevölkerung ist jedem Tamtam abhold, schätzt dagegen gründliche, stetige Arbeit. Deshalb konnte von hier aus nur dringend vor einer Wiederholung dieser Veranstaltung in absehbarer Zeit gewarnt werden. „Ne bis in idem!"

Wie berechtigt diese Bedenken sind, zeigte sich bei den Veranstaltungen des Jahres 1927. Der *Fliegenfeldzug*, in dessen Dienst sich besonders das tropenhygienische und das hygienische Institut stellten, war trotz aller Bemühungen mit aufklärenden Vorlesungen für die gesamte Lehrerschaft, einschließlich der Berufs- und Gewerbeschulen, und trotz technisch einwandfrei angestellter Lehrversuche, hier wenigstens, ein Fehlschlag, dem sich die Organisation, ohne erheblichen Verlust ihres Ansehens befürchten zu müssen, nicht wieder aussetzen darf. Auch die fünf wissenschaftlichen *Vorträge über Gewerbehygiene* für Gewerbe- und Berufsschullehrer Hamburgs und seiner weiteren Umgebung, die hier vom 15. bis 24. Juni 1927 veranstaltet wurden, fanden nicht den erwarteten Beifall.

Die *staatliche Pressestelle* ist in vorbildlicher Weise stets bemüht, allen Wünschen des Landesausschusses bei jeder Gelegenheit zu entsprechen. Leider ist es noch nicht gelungen, sie mit dem Ärztlichen Verein so eng zusammenzubringen, daß, wie geplant, die Arbeit einer gemeinsamen kleinen Unterkommission fachkundige und zeitgemäße Aufsätze jederzeit zur Veröffentlichung zur Verfügung stellen kann.

Der Landesausschuß sucht jetzt mehr durch gelegentliche Eingriffe zu wirken. So stellte er geldliche Beihilfe für eine Reihe abendlicher Vorträge von Sachverständigen über die *Reform der Altwohnungen* am 9., 12. und 16. Januar 1928 zur Verfügung und bereitet durch die Einleitung einer umfassenden und eingehenden *Krebsstatistik* gesundheitlicher Belehrung auf diesem noch unbebauten Gebiete die Wege. Außerdem verschafft er allen Schulen auf Wunsch *Anschauungsmittel* für hygienische Belehrung aller Art. Zur Erteilung von Auskünften steht er jedwedem stets zur Verfügung. Die Anschrift ist: Gesundheitsbehörde, Besenbinderhof Nr. 41, III., Zimmer 376.

VERKEHR MIT LEBENSMITTELN UND BEDARFSGEGENSTÄNDEN SOWIE DESSEN ÜBERWACHUNG

VON PROF. DR. LENDRICH

I. ALLGEMEINES UND GESETZLICHE GRUNDLAGEN.

DIE allgemeine Grundlage für den Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen sowie dessen Überwachung bildet das *Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen (Lebensmittelgesetz)* vom 5. Juli 1927 (Reichsgesetzblatt 1927, Teil I, S. 134), das nach jahrelangen, durch den Krieg unterbrochenen Verhandlungen mit dem Handel, der Industrie und den Vertretungen der Verbraucher zustande kam.

In dem neuen Gesetz sind die Lücken, die das alte Nahrungsmittelgesetz von 1879 enthielt, ausgefüllt und die Erfahrungen fast eines halben Jahrhunderts verwertet worden.

U. a. ist jetzt besonders erreicht,

daß es allgemein verboten ist, Lebensmittel unter irreführender Bezeichnung, Angabe oder Aufmachung anzubieten, zum Verkauf vorrätig zu halten, feilzuhalten, zu verkaufen oder sonst in den Verkehr zu bringen (§ 4 Abs. 3),

daß durch rechtsverbindliche Festsetzungen nunmehr im Verordnungswege bestimmt werden kann, wie die einzelnen Gruppen von Lebensmitteln zu beurteilen sind (§ 5 Abs. 4),

daß die Reichsregierung durch Verordnung Bestimmungen über die äußere Kennzeichnung von Lebensmitteln erlassen kann (§ 5 Abs. 3). Von diesem Rechte hat die Reichsregierung bereits Gebrauch gemacht und am 29. September 1927 die *Verordnung über die äußere Kennzeichnung von Lebensmitteln* erlassen (Reichsgesetzblatt 1927, Teil I, S. 318).

Ferner hat der frühere Begriff „Gebrauchsgegenstände" in dem Lebensmittelgesetz eine nicht unwesentliche Erweiterung erfahren, wobei auch die Bezeichnung „Gebrauchsgegenstände" in „Bedarfsgegenstände" umgewandelt wurde.

Die Beurteilung der Beschaffenheit dieser Gegenstände erfolgt nach verschiedenen Spezialgesetzen. Während das Lebensmittelgesetz ganz allgemein eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit behandelt, werden in dem *Gesetz, betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen*, vom 5. Juni 1887 (Reichsgesetzblatt 1887, S. 273) sowie in dem *Gesetz, betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungs- und Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen*, vom 5. Juli 1887 (Reichsgesetzblatt 1887, S. 277) ganz bestimmte Vorschriften für die Beschaffenheit der verschiedenen Gegenstände gegeben.

Des weiteren unterliegen gewisse Bedarfsgegenstände der Beurteilung nach dem hamburgischen *Landesgesetz, betreffend den Handel mit Giften*, und der gleichnamigen Verordnung vom 29. November 1895 (Hamburgisches Amtsblatt 1895, S. 733).

Bei der Revision der Drogen- und Gifthandlungen muß außer dem genannten Giftgesetz die *Reichsverordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln*, vom 22. Oktober 1901 (in ihrer gegenwärtigen, alle bisherigen Änderungen berücksichtigenden Fassung abgedruckt in den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts 1925, Seite 277) berücksichtigt werden. In dieser Verordnung ist festgelegt, welche Zubereitungen und Stoffe außerhalb der Apotheken feilgehalten werden dürfen und welche nicht.

Eine besondere Gruppe von Bedarfsgegenständen oder Apparaten, und zwar die Apparate zur Herstellung künstlicher kohlensaurer Getränke, unterliegt der *Hamburger Verordnung*, betreffend *die Herstellung kohlensaurer Getränke und den Verkehr mit solchen Getränken*, vom 24. Februar 1913 (Hamburgisches Amtsblatt 1913, S. 211).

Zur Beurteilung von Fleisch- und Fettwaren kommt neben den allgemeinen Bestimmungen, die in dem Lebensmittelgesetz und in der Verordnung über die äußere Kennzeichnung von Lebensmiteln verankert sind, als Spezialgesetz für Fleischwaren außer dem hamburgischen Gesetz, betreffend die Einführung des Schlachtzwanges und einer Fleischbeschau, vom 19. März 1894 (Amtsblatt 1894, S. 109) vor allem das *Reichs-Gesetz, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau*, vom 3. Juni 1900 (Reichsgesetzblatt 1900, S. 547) nebst dem hamburgischen Ausführungsgesetz vom 5. Dezember 1902 (Amtsbl. 1902, S. 699) sowie die hierzu erlassene *Bekanntmachung, betreffend gesundheitsschädliche und täuschende Zusätze zu Fleisch und dessen Zubereitungen*, vom 18. Februar 1902 (Reichsgesetzblatt 1902, S. 48) in der

Fassung vom 4. Juli 1908 (Reichsgesetzblatt 1908, S. 470) und 14. Dezember 1916 (Reichsgesetzblatt 1916, S. 1359) in Betracht, wodurch Verbote über die künstliche Färbung sowie Zusätze von gewissen Konservierungsmitteln ausgesprochen werden. Für Hamburg als große Hafenstadt und Haupteinfuhrstelle von Fleisch und Fett haben auch die Bestimmungen des Fleischbeschaugesetzes über das in das Zollinland eingehende Fleisch und Fett ein besonderes Interesse, so daß die Abteilung für Lebensmitteluntersuchung des Hygienischen Staatsinstituts einen großen Teil ihrer Tätigkeit der chemischen Untersuchung des ausländischen Fleisches und der ausländischen Fette zu widmen hat. Solches Fleisch und Fett unterliegt bei der Einführung einer amtlichen Untersuchung unter Mitwirkung der Zollbehörden. Ein einheitliches Untersuchungsverfahren bei den verschiedenen Einfuhrstellen wird dadurch gewährleistet, daß die Ausführungsbestimmungen des Fleischbeschaugesetzes einen umfangreichen Abschnitt über die Untersuchung und gesundheitspolizeiliche Behandlung des in das Zollinland eingehenden Fleisches vorgesehen haben. Alsdann ist das *Gesetz über den Verkehr mit Vieh und Fleisch* vom 10. August 1925 (Reichsgesetzblatt 1925, Teil I, S. 186) zu erwähnen, das verlangt, daß Gefrierfleisch als solches bezeichnet werden muß. Bezüglich der *Fleischbrühwürfel und deren Ersatzmittel* sind am 25. Oktober 1917 (Reichsgesetzblatt 1917, S. 969) und am 11. November 1924 (Reichsgesetzblatt 1924, S. 743) zwei Verordnungen erlassen worden, die unter anderm Gehalt an Kochsalz, Kreatinin und Stickstoff festsetzen.

Für Fettwaren gilt als Spezialgesetz das *Gesetz, betreffend den Verkehr mit Butter, Käse, Schmalz und deren Ersatzmitteln (Margarinegesetz)*, vom 15. Juni 1897 (Reichsgesetzblatt 1897, S. 475). Hierdurch und durch die ergangenen Bekanntmachungen zu diesem Gesetze werden Anforderungen über die Zusammensetzung, die Erkennbarkeit und die Verpackung von Butter und Margarine sowie Kunstspeisefett aufgestellt. Für Butter gilt die Bekanntmachung vom 1. März 1902 (Reichsgesetzblatt 1902, S. 64) und für Margarine die vom 28. April 1921 (Reichsgesetzblatt 1921, S. 501). Als Erkennungsmittel für Margarine gegenüber Butter ist nach der Bekanntmachung vom 4. Juli 1897 (Reichsgesetzblatt 1897, S. 591) ein Zusatz von 10 v. H. Sesamöl vorgeschrieben worden. An Stelle von Sesamöl kann aber nach der Bekanntmachung vom 1. Juli 1915 (Reichsgesetzblatt 1915, S. 413) Kartoffelstärkemehl, und zwar 0,2 bis 0,3 v. H. verwendet werden. § 3 des Margarinegesetzes vom 15. Juni 1897 regelt den Butterfettgehalt von Margarine dahingehend, daß in Margarine nicht mehr als etwa 3 bis 4 v. H. Butterfett, vom Milch- oder Rahmzusatz herrührend, vorhanden sein darf. Ein Vermischen von Butterfett mit Margarine oder andern Speisefetten zu Handelszwecken ist hiernach verboten. Über die Verpackung von Margarine und Kunstspeisefett im Einzelverkauf sind gleichfalls Bestimmungen getroffen worden.

Am 1. Dezember 1926 konnte das hamburgische *Gesetz über den Verkehr mit Kuhmilch* vom 28. Dezember 1914 (Hamburgisches Amtsblatt 1914, S. 766) mit der dazugehörigen Milchverkehrsordnung vom 30. Juli 1926 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1926, S. 541) in Kraft treten. Seine Durchführung brachte der Milchversorgung Hamburgs wesentliche Verbesserungen. Das neue Milchgesetz mit seiner Verkehrsordnung enthält Begriffsbestimmungen, Vorschriften über die Bezeichnung der Milch, hygienische Anordnungen über die Beschaffenheit, Gewinnung und Behandlung der Milch und widmet sich in einem besonderen Abschnitt der Vorzugsmilch, die auch Bezeichnungen wie „Kontrollmilch, Säuglingsmilch, Kindermilch, Kurmilch, Sanitätsmilch" führt. Als Denaturierungsmittel für das zum Kühlen oder Erwärmen der Milch verwendete Wasser ist Fuchsin bestimmt worden durch Bekanntmachung der Polizeibehörde vom 30. Novomber 1926 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1926, S. 769).

Für die Überwachung der alkoholischen Getränke bieten die folgenden Spezialgesetze die entsprechenden Unterlagen: für Bier das Biersteuergesetz vom 9. Juli 1923 (Reichsgesetzblatt 1923, Teil I, S. 557), für Wein das Weingesetz vom 7. April 1909 in der Fassung vom 1. Februar 1923 (Reichsgesetzblatt 1923, Teil I, S. 107), für Spirituosen das Branntweinmonopolgesetz vom 8. April 1922 (Reichsgesetzblatt 1922, Teil I, S. 405) und, falls Kognak, Weinbrand und Weinbrandverschnitt in Frage kommen, gleichfalls das Weingesetz.

Das *Biersteuergesetz* ist ein steuertechnisches Gesetz, das insofern auch von lebensmittelpolizeilicher Bedeutung ist, als in ihm genaue Vorschriften enthalten sind über die Stoffe, die zur Bierbereitung verwendet werden dürfen. Außerdem ist in dem Gesetz die Bezeichnung der verschiedenen Biersorten nach ihrem Stammwürzegehalt geregelt.

Das *Weingesetz* befaßt sich mit Wein, Schaumwein, wein- und schaumweinähnlichen sowie weinhaltigen Getränken und behandelt auch den aus Wein gewonnenen Alkohol, nämlich Kognak, Weinbrand und Weinbrandverschnitt. Es enthält mit seinen Ausführungsverordnungen auch die grundlegenden Bestimmungen für die Beurteilung der

vom Auslande eingeführten Weine in bezug auf ihre Einfuhrfähigkeit. Von den Bestimmungen dieses Gesetzes sind vornehmlich die Begriffsbestimmungen von Wein und die Bestimmungen über die Herstellung der Weine sowie über die Überwachung der Vorschriften dieses Gesetzes zu berücksichtigen. Die Ausführungsbestimmungen zum § 4 des Weingesetzes enthalten von hier in Betracht kommenden Bestimmungen Vorschriften über die erlaubte Kellerbehandlung von Traubenmost, Traubenmaische und Wein. Durch den § 14 des Weingesetzes ist die Einfuhr von Getränken, die nach § 13 vom Verkehr ausgeschlossen sind, sowie von Traubenmaische, die einen nach den Bestimmungen des § 3 Abs. 1 (Zuckerung) oder § 4 (Kellerbehandlung) nicht zulässigen Zusatz erhalten haben, ausdrücklich verboten. In den Ausführungsbestimmungen zum § 13 des Gesetzes ist jedoch vorgesehen, daß Weine ausländischen Ursprungs, die den Vorschriften des § 4 dieses Gesetzes nicht entsprechen, zum inneren deutschen Verkehr zugelassen werden, wenn sie den für den Verkehr innerhalb des Ursprungslandes geltenden Vorschriften genügen. In derartigen Fällen sind demnach die Gesetze des betreffenden Auslandes für die Beurteilung der Weine hinsichtlich ihrer Einfuhrfähigkeit mit heranzuziehen. Vom Verkehr im deutschen Inlande ausgeschlossen bleiben jedoch nach denselben Ausführungsbestimmungen Weine, die bestimmte, dort besonders erwähnte Zusätze erhalten haben, auch wenn die für den Verkehr im Ursprungslande geltenden Vorschriften eine solche Behandlungsweise der Weine zulassen.

Das *Branntweinmonopolgesetz* ist, wie das Biersteuergesetz, ein finanz- bzw. steuertechnisches Gesetz, das jedoch einige Paragraphen enthält, die für die lebensmittelpolizeiliche Überwachung der Spirituosen von Wichtigkeit sind. In ihnen sind die Mindestgrenzen für den Alkoholgehalt der einzelnen Spirituosensorten festgesetzt und ist ganz allgemein die Kennzeichenpflicht des Alkoholgehaltes vorgeschrieben. Ferner finden sich dort die Bestimmungen für den Verkehr mit einigen besonderen Branntweinen, wie Korn- und Obstbranntweinen. Einige Verbote beziehen sich auf die Verwendung von Branntweinschärfen, von Methylalkohol (Holzgeist) und von vergälltem Branntwein (Brennspiritus).

Immer mehr wurde zur Vertilgung pflanzlicher und tierischer Schädlinge Blausäure verwandt. Das Reich sah sich daher genötigt, den Gebrauch allgemein zu verbieten (*Verordnung über die Schädlingsbekämpfung mit hochgiftigen Stoffen* vom 29. Januar 1919 — Reichsgesetzblatt 1919, S. 165 — nebst Ausführungsbestimmungen vom 22. August 1927, Reichsgesetzblatt 1927, Teil I, S. 297) und nur einzelnen Stellen oder Personen die Erlaubnis zur Entwesung mit Blausäure durch die obersten Landesbehörden auf Antrag erteilen zu lassen. Da sich Ausgasungen auch auf Räume und Häuser erstreckten, in denen Lebensmittelvorräte aufgespeichert sind, war zu prüfen, inwieweit die Blausäure von ihnen aufgenommen und wieder abgegeben wurde.

Eine besondere Gruppe von gesetzlichen Bestimmungen betreffen lediglich rein allgemein hygienische Anordnungen. Drei Verordnungen haben sich dem Gast- und Schankwirtschaftsgewerbe besonders zugewandt. Die Hamburger Polizeibehörde hat am 14. August 1894 *Vorschriften über die Reinigung der im Gast- und Schankwirtschaftsbetriebe benutzten Trinkgefäße* (Hamburgisches Amtsblatt 1894, S. 449) erlassen, am 6. Dezember 1913 haben die Hamburger Polizeibehörde und die Hamburger Landherrenschaften durch *Verordnung die Verwendung von Zyankali zum Reinigen von Metallgeschirr in Gastwirtschaften und ähnlichen Betrieben* (Hamburgisches Amtsblatt 1913, S. 769) verboten, und am 8. April bzw. 17. Juli 1905 haben die Hamburger Polizeibehörde und die Hamburger Landherrenschaften *Anordnungen über die Verwendung von Bierdruckapparaten im Gast- und Schankwirtschaftsgewerbe* (Hamburgisches Amtsblatt 1905, S. 144 und 327) getroffen. Wie andere deutsche Länder, so hat auch Hamburg es *untersagt, in Räume, in denen Lebensmittel feilgehalten werden, Hunde mitzubringen* oder in diesen Räumen Hunde zu dulden (Verordnungen vom 18. Januar 1917 — Hamburgisches Amtsblatt 1917, S. 83 — und 29. Juli 1927 — Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1927, S. 363). Eine recht bedeutende Lücke ist am 29. Juni 1927 durch die *Reichsverordnung über das Verbot der Hausarbeit in der Süß-, Back- und Teigwarenindustrie* ausgefüllt worden (Reichsgesetzblatt 1927, Teil I, S. 137). In der kurzen Zeit des Bestehens dieser Verordnung war es bereits möglich, mehrere unhygienische Hausarbeitsbetriebe zu beseitigen. Zur Ergänzung des alten Nahrungsmittelgesetzes war es im Jahre 1919 (22. September) dringend nötig, ein *Landesgesetz, betreffend den Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln,* zu erlassen (Hamburgisches Amtsblatt 1919, S. 1667). Unter anderm wurde es den Hygienikern nun ermöglicht, stets den Zutritt in die Betriebe zu erhalten. Das neue Lebensmittelgesetz hat zwar im allgemeinen diese Bestimmungen berücksichtigt. Da das Hamburger Gesetz jedoch etwas weiter geht und den örtlichen Verhältnissen mehr entspricht, soll es, da nach dem Reichsgesetz zulässig, bestehen bleiben und durch Ausführungsvorschriften zu einem guten

Hilfsmittel der Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln gemacht werden. Diese Ausführungsvorschriften werden neben andern auch die vorstehend aufgeführten Spezialerlasse aufzunehmen haben.

Die *Schlachtvieh- und Fleischbeschau* ist geregelt durch das Reichsgesetz, betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau, vom 3. Juni 1900 und die hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen des Bundesrats vom 30. Mai 1902, das hamburgische Gesetz, betreffend die Ausführung des Reichsgesetzes über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau, vom 5. Dezember 1902 nebst den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen und durch das hamburgische Gesetz, betreffend den Verkehr mit minderwertigem und bedingt tauglichem Fleisch, vom 2. Dezember 1910.

Den wesentlichen Inhalt dieser Gesetze und Verordnungen bilden die Vorschriften über die Anmeldung zur Schlachtvieh- und Fleischbeschau, die Bildung von Beschaubezirken, die Ausbildung, Prüfung und Bestellung von Beschauern, die Untersuchung, Bewertung, Kennzeichnung und Behandlung des Fleisches der im Inland geschlachteten Tiere sowie die Untersuchung und gesundheitspolizeiliche Behandlung des in das Zollinland eingeführten Fleisches, wozu auch die Fette und Würste gehören.

Diese Aufzählung kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Es sind nur die wichtigsten Gesetze erwähnt worden. Manche Ergänzungsgesetze und -verordnungen bestehen außerdem. Hierzu kommen noch viele Erlasse der Reichsregierung und mancher Länder. Die Ausführungsbestimmungen zum neuen Lebensmittelgesetz, die bereits vorbereitet werden, sollen nach Möglichkeit alles umschließen. Dann wird Deutschland auf dem Gebiete der Lebensmittelüberwachung eine ganz einheitliche gesetzliche Grundlage haben.

2. ÜBERWACHUNGSSTELLEN.

ALLGEMEINE LEBENSMITTELKONTROLLE.

Als im Jahre 1892 in Hamburg, infolge der Cholera, das Hygienische Staatsinstitut errichtet wurde, waren gleichzeitig Schritte unternommen, eine den Anforderungen der Nahrungsmittelgesetzgebung entsprechende Untersuchungsstelle für eine ständige und geregelte Lebensmittelüberwachung zu schaffen. Die Notwendigkeit hierzu war nicht nur in der Gesetzgebung begründet, sondern auch in dem Umstand, daß die bislang auf dem Gebiete der Lebensmittelüberwachung in Hamburg getroffenen Maßnahmen nicht mehr zeitgemäß waren. Diese Untersuchungsstelle, die unter dem Namen „Polizeiliche Station zur Untersuchung von Nahrungsmitteln“ der technischen Leitung des Hygienischen Staatsinstituts unterstellt war, begann ihre Tätigkeit am 1. Januar 1894 in dem hierfür hergerichteten Laboratorium im Stadthause, dem Dienstgebäude der Polizeibehörde.

Es setzte alsbald eine umfassende Kontrolle auf dem ganzen Lebensmittelmarkt in Hamburg ein. Hierbei zeigte es sich, daß sehr viele Mißstände bestanden. Unter diesen Verhältnissen konnte es nicht ausbleiben, daß die Kontrolle eine Erweiterung und Verschärfung erfahren mußte, zu deren Durchführung aber die Räume in dem Stadthause nicht ausreichten und 1899 zu der Übersiedlung der Polizeistation in das Dienstgebäude des Hygienischen Staatsinstituts in der Jungiusstraße führte. Ferner erheischte die Ausdehnung der Lebenmittelkontrolle eine Änderung der Organisation; die gesetzgebenden Körperschaften in Hamburg beschlossen daher 1903 die Angliederung der Station an das Hygienische Staatsinstitut als „Abteilung für Nahrungsmitteluntersuchung“.

Neben andern Aufgaben, die im Laufe der Jahre hinzutraten, wie die Überwachung der Drogen- und Gifthandlungen und Mineralwasserfabriken, erfuhr die Zahl der zur chemischen Untersuchung kommenden Proben durch die Ausdehnung der allgemeinen Nahrungsmittelkontrolle auf das Hamburger Landgebiet in den Jahren 1907 und 1909 eine Zunahme. In erhöhtem Maße trat eine Erweiterung der Probenzahl aber ein mit dem Inkraftreten des Fleischbeschaugesetzes vom 3. Juni 1900 und des Weingesetzes vom 7. April 1909. Beide Gesetze verlangen vor der Einfuhr in das Zollinland eine Untersuchung der vom Auslande kommenden Sendungen von Fleisch und tierischen Fetten und von Wein auf einwandfreie Beschaffenheit. Die chemische Untersuchung dieser Proben wurde der Abteilung für Nahrungsmitteluntersuchung übertragen. Da die Sendungen erst nach Feststellung ihrer Reinheit zur Einfuhr zugelassen werden, so müssen die Proben im Freihafen gezogen werden. Man glaubte daher, für die Untersuchung dieser Proben im Freihafen chemische Untersuchungsstellen errichten zu müssen. Zunächst wurde eine solche Station im ersten Stock der Speisehalle am Amerikahöft in der Nähe der älteren Hafenanlagen und dann, infolge der Eröffnung der neuen Kuhwärder Häfen, dort eine weitere, in einem für diese Zwecke aufgeführten Neubau geschaffen. Schließlich führten der Krieg und andere Verhältnisse im Jahre 1914 dazu, den gesamten Betrieb in den Laboratorien auf Kuhwärder zu vereinigen. Das neue Lebensmittelgesetz hat die Nahrungs- und Genußmittel mit der Bezeichnung „Lebensmittel“ umfaßt. Dieser Verände-

rung trug auch die Gesundheitsbehörde Rechnung und hat den Namen der Abteilung für Nahrungsmitteluntersuchungen in „Abteilung für Lebensmitteluntersuchungen" abgeändert.

Über das umfangreiche Arbeitsgebiet nachstehend eine Auslese.

Mit der *Überwachung des Verkehrs mit Milch* ist zunächst die Untersuchung der Proben verbunden, die die Lebensmittelpolizei in Läden, im Straßenhandel und nach dem Inkrafttreten des neuen Milchgesetzes in größerem Umfange auch an den Einfuhrstellen (Bahnhöfen, Dampferanlegestellen, Landstraße usw.) entnimmt. Daneben findet eine regelmäßige Probeentnahme in allen Schulen statt, wobei ganz besonders auf eine ordnungsgemäße Beschaffenheit und Füllung der Portionsflaschen geachtet wird. Auch die Belieferung staatlicher Anstalten, wie Krankenhäuser, Einrichtungen des Jugendamtes, der Wohlfahrtsbehörde und anderer Heime, untersteht einer regelmäßigen Kontrolle. Vielfach ist bei den oft weit abgelegenen Erholungsstätten zur Erleichterung der Aufsicht irgendein Beamter in der Vornahme einfacher Milchuntersuchungen ausgebildet worden, so daß nur bei auftretenden Schwierigkeiten und bei festgestellten Unregelmäßigkeiten in der Belieferung die Hilfe des Instituts in Anspruch genommen wird. Unter der Bezeichnung „Sonderkontrolle" führt von Zeit zu Zeit ein Sachverständiger des Instituts unter Hinzuziehung eines Beamten der Polizeibehörde eine Probeentnahme nach eigenem Ermessen aus. Aus der Zusammenstellung der Ergebnisse dieser Sonderkontrollen lassen sich wertvolle Schlüsse auf die Güte der im Handel befindlichen Milch ziehen. Aus den polizeilich eingelieferten Proben ist dies nicht ohne weiteres möglich, da sonst eine vorherige Aussonderung sämtlicher Verfolgproben, Anlieferungsproben usw. zu erfolgen hätte.

Einen nicht geringen Anteil nehmen die Arbeiten in Anspruch, die für das Landgebiet, im besonderen die Städte Cuxhaven, Bergedorf und Geesthacht auszuführen sind.

Hervorgehoben zu werden verdient auch, daß das Institut sehr häufig in die Lage kommt, seine Erfahrungen in der Beurteilung von Frauenmilch den Kinderkrankenhäusern, Säuglingsfürsorgestellen und auch den Privatärzten zur Verfügung stellen zu können.

Nicht selten ist im Fleischereigewerbe als *Konservierungsmittel für Hackfleisch und Mett* schwefligsaures Natron, das auch unter der Bezeichnung „Reinigungssalz" bekannt ist, verbotswidrig verwendet worden. In letzter Zeit hat auch der Verkauf von sogenanntem Mett, einer Art Hackfleisch, das zum unmittelbaren Verzehr bereits zubereitet (gewürzt) ist, außer in Schlachterläden auch in sonstigen Lebensmittelverkaufsstellen sehr zugenommen.

Auch ist vielfach die Unsitte zutage getreten, daß die *Fleischbrüh- und Fleischkochwürste*, ja sogar mettwurstartige Aufstrichwürste, wie Gothaer- und gekochte Mettwurst, *im Darm mit einem künstlichen roten Farbstoff* gefärbt worden sind, um der betreffenden Wurst ein besseres Aussehen zu geben oder eine nicht stattgefundene Räucherung vorzutäuschen. Nach dem Fleischbeschaugesetz vom 3. Juni 1900 bzw. der hierzu erlassenen Ausführungsbestimmung vom 18. Februar 1902 in der Fassung vom 4. Juli 1908 ist eine Hüllenfärbung verboten. Hiervon macht nur die kanariengelb gefärbte Frankfurter Gelbwurst eine Ausnahme, die in Süddeutschland durch Anstreichen des Darmes mit Safranlösung hergestellt wird.

Bezüglich des *Butterhandels* mußte häufig gegen die Unsitte vorgegangen werden, daß ausländische ältere Butter, insbesondere sibirische Butter, unter irreführender Bezeichnung als „frische hiesige Meiereibutter" verkauft wurde. Ausländische Butter, insbesondere solche australischer Herkunft, war bisweilen in unzulässiger Weise mit Borsäure konserviert worden und daher für Deutschland nicht verkehrsfähig.

In der letzten Zeit tauchen im Handel unter den verschiedensten Phantasienamen, wie Saba-Backnährsalz, Kamin-Salz und andere *Salze und Salzgemische* auf, *die dem Brotteig zugesetzt werden sollen*, um dem Körper Kalk und andere Salze zuzuführen. Diese Salze bestehen entweder nur aus kristallisiertem Chlorcalcium oder zur Hauptsache aus kristallisiertem Chlorcalcium und etwas Calciumhypophosphit oder aus kristallisiertem Chlorcalcium und 1 v. H. der bekannten 11 biochemischen Salze. Bei den Herstellern und Vertreibern dieser Backnährsalze handelt es sich durchweg um Leute, die einen Sachverstand in diesen Sachen nicht besitzen. So wurde in zwei verschiedenen Fällen festgestellt, daß von ein und derselben Fabrik statt Calcium chlorat. cryst. das billigere Magnesiumchlorid geliefert war, ohne daß es von den Empfängern erkannt war. Ein Fabrikant hatte dem Chlorcalcium schwefligsaures Natron beigemischt und einem Bäckermeister anstatt Chlorcalcium ein Faß schwefligsaures Natron gesandt. Trotz der im Gegensatz zum Chlorcalciumpreis für diese Backnährsalze geforderten hohen Preise scheint der Absatz ein guter zu sein. Die teilweise übertriebene Reklame — so behauptete ein Hersteller, daß der Genuß des mit seinem Backnährsalz zubereiteten Brotes Magenverstimmung verhindere — und der Zug der Zeit, wo viele auf „Biochemie" schwören, scheint den Ab-

satz zu fördern. Über den Ausgang der in einigen Fällen eingeleiteten Strafverfahren wegen irreführender Bezeichnung und Betrugs ist zur Zeit nichts bekannt.

Für die *Werterhaltung der Gewürze* spielt die Aufbewahrung eine große Rolle, da die würzenden Bestandteile vielfach flüchtiger Natur sind und auch teilweise durch den Sauerstoff der Luft nachteilig verändert werden. Für die Aufbewahrung, besonders der zerkleinerten Gewürze, kommen daher nur gut schließende Gefäße aus Glas, Blech und dergleichen in Betracht. Im Laufe des Krieges und auch jetzt noch ist es vielfach üblich geworden, gemahlene Gewürze in kleinen zugeklebten Papierbeuteln in den Verkehr zu bringen. Für den Kleinhändler ist dieser Vertrieb sehr bequem, für den Verbraucher aber meistens von Nachteil; denn während sich unzerkleinerte Gewürze in kleinen Packungen bei sachgemäßer Aufbewahrung längere Zeit gut halten, verderben gemahlene Gewürze, die sich häufig in einfachen Papierbeuteln befinden, im allgemeinen sehr schnell, weil der Würzwert des betreffenden Gewürzes, der in der Regel von einem flüchtigen Stoffe, dem sogenannten ätherischen Öl, abhängt, bald verlorengeht. Bei der Kontrolle finden sich daher vielfach gemahlene Gewürze in kleinen Packungen, die fast ohne Aroma und daher als Gewürz vollkommen wertlos sind. Nach der Verordnung über die äußere Kennzeichnung von Lebensmitteln vom 29. September 1927 (Reichsgesetzblatt 1927, Teil I, S. 138) fallen vom 1. April 1928 ab auch die Gewürze und ihre Ersatzmittel unter diese Verordnung. Leider wird in dieser Verordnung nicht die Angabe der Zeit der Füllung verlangt. Hierdurch ist dem Verbraucher beim Einkauf die Kontrolle über das Alter der Ware genommen.

Im Herbst findet man auf dem Markte und in den Gemüse- und Grünwarenhandlungen *frische, noch nicht völlig ausgereifte weiße Bohnen,* die ihres besonderen Wohlgeschmackes wegen sich besonderer Beliebtheit erfreuen, deswegen gern gekauft werden und auch einen höheren Preis erzielen. Dieser Umstand wurde von findigen Personen ausgenutzt und eine Nachahmung auf den Markt gebracht, die diese frischen weißen Bohnen im Aussehen vortäuschten. Das Herstellungsverfahren war an sich einfach. Trockne, reife weiße Bohnen wurden über Nacht in Wasser eingeweicht und dann am andern Tage noch kurze Zeit auf einem Siebe mit Wasserdampf behandelt. Infolge ihres Aussehens und ihrer äußeren Beschaffenheit wurde beim Käufer der Glaube erweckt, daß es sich um frische weiße Bohnen handle, zumal eine Kennzeichnung überhaupt nicht erfolgte oder die Ware einfach als weiße Bohnen gekennzeichnet wurde. Die erfolgten Bestrafungen werden diesen Schwindel und Betrug hoffentlich wirksam unterbinden.

Auf dem Gebiete der *Getränkeindustrie* erstreckten sich die Untersuchungen sowohl auf die alkoholfreien als auch auf die alkoholischen Getränke.

Im Zusammenhang mit den alkoholfreien Getränken stehen die zu ihrer Herstellung dienenden Fruchtsäfte und -sirupe, Limonadensirupe, Grundstoffe und Essenzen. Namentlich die *Fruchtsäfte* (-sirupe) bieten ab und zu Gelegenheit, Fälschungen nachweisen zu können. Da das Publikum gewöhnt ist, auf Grund der natürlichen Färbung dieser Säfte die Echtheit und Qualität der Erzeugnisse einzuschätzen, ist es für den Fälscher ein leichtes, durch Nachhelfen mit einem künstlichen Farbstoff (Teerfarbe) seinen mit Wasser oder Zuckersirup gestreckten Erzeugnissen das täuschend ähnliche Aussehen einer normalen Ware zu geben. Angetroffen wurde unter andern ein solches weitgehend verfälschtes Erzeugnis in besonders guter Aufmachung; die Flaschen trugen vielversprechende bunte Etiketten und waren mit einem besonderen Bastgeflecht umgeben.

Die Verwendung von künstlichen Süßstoffen (Saccharin, Dulcin) bei der Herstellung von *Brauselimonaden* war in der Zeit der Zuckerknappheit allgemein. Um den Übergang zu der früher üblichen Herstellungsart, nämlich zu der Verwendung von Zucker, zu bewirken, ist die Verordnung über den Verkehr mit Süßstoff (neue Fassung vom 4. August 1926), die eine Kennzeichnung des Süßstoffzusatzes vorschreibt, sowie die hierauf fußende chemische Überwachung der Erzeugnisse von erheblichem Einfluß gewesen. Bei den von uns untersuchten Proben zeigte sich ein Rückgang der süßstoffhaltigen Brausen insofern, als ihr Anteil innerhalb dreier Jahre von 50 v. H. auf 20 v. H. und schließlich auf etwa 5 v. H. fiel.

Ein besonderes Augenmerk bei der Untersuchung erfordern die *Trinkbranntweine* in bezug auf das etwaige *Vorkommen des giftigen Methylalkohols* oder von vergälltem Spiritus. Während in den letzten Jahren kein Fall beobachtet werden konnte, in dem Methylalkohol zu Genußzwecken Verwendung gefunden hatte, werden noch immer vereinzelte Fälle angetroffen, in denen Trinkbranntwein mit Brennspiritus (vergälltem Spiritus) versetzt ist. Zahlreiche Beanstandungen ergaben sich bei der Nachprüfung der Höhe des Alkoholgehalts in den Spirituosen auf Grund des Branntweinmonopolgesetzes, das für sämtliche Trinkbranntweinsorten (für Weinbranderzeugnisse ist das Weingesetz maßgebend) bestimmte Mindestgrenzen für den Alkoholgehalt festgesetzt hat und ganz allgemein die Kennzeichnung der Alkoholprozente vorschreibt. Im übrigen

wurden die gröbsten Fälschungen bei den Fabrikaten beobachtet, die als Nachmachungen ausländischer Originalerzeugnisse (wie Kognak und Whisky) erkannt wurden, von denen sie sich häufiger weder durch die Etikettierung noch in der sonstigen Aufmachung unterschieden.

Im Verkehr mit *Speise-Eis* muß man drei Hauptformen, nämlich Straßenhändler (Konsumeis), Konditoren-Eis und Rahm-Eis nach amerikanischer Art unterscheiden. Die Ansichten darüber, was den Verbrauchern als Speise-Eis vorgesetzt werden kann, sind sehr geteilt. Es hat sich daher als notwendig erwiesen, auch für diese Lebensmittel die Bearbeitung von einheitlichen Grundsätzen in Angriff zu nehmen.

Die Zustände im Verkehr mit *Marzipanwaren* (Rohmassen und Fertigwaren) waren bis vor wenigen Jahren keine erfreulichen. Hierin ist nunmehr eine wesentliche Besserung dadurch eingetreten, daß durch Zusammenarbeit von Industrie und amtlicher Nahrungsmittelkontrolle besondere Leitsätze über Marzipan, Marzipanersatz und marzipanähnliche Fabrikate vereinbart sind, die jetzt für den reellen Handel und Verkehr als maßgebend angesehen werden.

Die Kontrolle über die *Gebrauchs- bzw. Bedarfsgegenstände* hat im Laufe der Jahrzehnte zu allerlei Beanstandungen geführt. Bemerkenswert ist, daß die Zahl dieser Beanstandungen nach dem Weltkriege gegen die Vorkriegszeit erheblich zugenommen hat. Dies ist zum großen Teil durch den Materialmangel verursacht.

Zu allen Zeiten kamen im Handel aber Verzinnungen mit zu hohem *Bleigehalt bei den verschiedensten Eß-, Trink- und Kochgeschirren vor,* oder das Lot, mit dem an der Innenseite solcher Geschirre gelötet war, enthielt gleichfalls zuviel Blei. Hierbei muß erklärend hinzugefügt werden, daß als Innenseite alle Teile des Gerätes angesprochen werden müssen, die mit den menschlichen Speisen beim bestimmungsgemäßen oder vorauszusehenden Gebrauch in Berührung kommen. Bei Bierglasdeckeln aus Metall entsprach häufig die Zusammensetzung der Legierung bezüglich ihres Bleigehaltes nicht den Vorschriften. Es mußten mehrfach Metallflöten für Kinder, desgleichen Schreihähne von unvorschriftsmäßiger Beschaffenheit (70—80 v. H. Blei) aus dem Handel entfernt werden. Kochgeschirre aus glasiertem Ton wurden angetroffen, die erhebliche Mengen Blei an vierprozentigen Essig abgaben. Es wurden Gummisauger aus zinkhaltigem Gummi beobachtet. Nach dem Kriege traten vielfach Topfdichtungsplatten mit stark bleihaltiger Verzinnung auf; es wurden vielfach Emaillegeschirre mit Zinkblech repariert und für saure Speisen Gefäße aus Zink bzw. verzinkten Gefäßen verwendet. Als Umhüllung von Zuckerwaren wurden stark bleihaltige Metallfolien beobachtet, und Teile von Bierleitungen und Siphonköpfe bestanden zum Teil aus reinem Blei; in andern Fällen hatten sie einen hohen Bleigehalt in der Legierung.

Bei der *Verwendung von Farben* waren die gesetzlichen Vorschriften oft nicht innegehalten worden. Als innerer Farbanstrich von hölzernen Milcheimern wurde Bleimennige verwendet, desgleichen bei Spielwaren aus Blech wie Lokomotiven, Milchwagen u. a. Bei Haarfärbemitteln, namentlich ausländischen, wurden Bleisalzlösungen verwendet und Sommersprossenmitteln Quecksilberverbindungen zugesetzt. Andere Haarfärbemittel waren unter Zusatz von Paraphenylendiamin hergestellt. Bei Abziehbildern, bei denen an sich als Steindruck giftige Farben außer Arsenfarben gebraucht werden dürfen, wurde häufig eine Deckschicht aus Bleiweiß angetroffen, die als nicht einwandfrei angesehen werden mußte. Um die Osterzeit eines Jahres tauchten hier natürliche Entenküken, aus Japan stammend, auf, die als Spielwaren für Kinder gedacht waren. Bei ihrer Untersuchung stellte sich heraus, daß sie mit Arsenbeize präpariert waren. Jedes Küken enthielt etwa 1 g arsenige Säure. Mehrfach wurden Tapeten und Wandanstriche als arsenverdächtig eingeliefert; dieser Verdacht fand jedoch in keinem Falle durch die Untersuchung eine Bestätigung. In früheren Jahren sind Lampenschirme mit grünem Anstrich aus Schweinfurtergrün beobachtet worden. Rotgefärbte Weihnachtskerzen enthielten Zinnober, die beim Anbrennen feinstverteiltes Quecksilber verbreiteten.

In neuerer Zeit treten vielfach *Erkrankungen durch Tragen gefärbter Pelze auf,* was wahrscheinlich mit der Verwendung von Paraphenylendiamin oder ähnlichen organischen Verbindungen in der Pelzfärbeindustrie im Zusammenhang steht.

Aus den mannigfaltigen Beispielen, von denen nur ein Teil hervorgehoben worden ist, geht hervor, daß die Kontrolle der Bedarfsgegenstände an Wichtigkeit der der Lebensmittel nicht nachsteht, zumal hierbei fast immer eine Schädigung der menschlichen Gesundheit in Frage steht.

In größerem Umfange sind neuerdings Erhebungen über das Vorkommen von *Arsen, Blei und Kupfer* auf Frischobst und in einigen *Erzeugnissen daraus als Folge der Schädlingsbekämpfung* ausgeführt worden. — Die Tatsache, daß alljährlich ganz erhebliche Mengen landwirtschaftlicher Erzeugnisse durch tierische und pflanzliche Schädlinge in ihrem Wert vermindert oder überhaupt vernichtet werden, hat dazu geführt, daß Landwirtschaft und Industrie

aller Kulturländer mehr und mehr bestrebt sind, dieser das Volkswohl und die Wirtschaftlichkeit eines Landes schwer bedrohenden Gefahr durch rationelle Bekämpfung dieser Schädlinge wirksam entgegenzutreten. Unter den Bekämpfungsmitteln für tierische Schädlinge spielt das Arsen in Verbindung mit Blei, Kupfer und Kalk eine hervorragende Rolle, wobei den Arsen-Bleiverbindungen in flüssiger Form der Vorzug gegeben wird. Diese Spritzmittel haften, wenn auch nur oberflächlich und in wechselnden Mengen, teils der Schale, teils der Stiel- und Kelchgrube der Früchte an. Es sind bis zu 10 mg Arsen und auch Blei auf 1 kg Frischobst gefunden worden. Die in einzelnen Fällen festgestellten größeren Mengen können keineswegs mehr als unbedenklich gelten. Dieser Umstand bedarf um so mehr der Beachtung, als nach Art der Behandlung der Kulturen mit bleiarseniathaltigen Spritzmitteln eine Grenze für die dabei auf den Erzeugnissen zurückbleibenden Anteile nicht besteht oder gewährleistet werden kann. Es können unkontrollierbar jederzeit Fälle eintreten, in denen solche Mengen an Arsen und Blei auf dem Obst vorhanden sind, daß bei dessen direktem Genuß Vergiftungserscheinungen zu erwarten stehen.

Die Überwachung der Blausäuredurchgasungen zum Zwecke der Schädlingsbekämpfung sowie die Lösung der damit im Zusammenhange stehenden Aufgaben hat in den letzten Jahren die Tätigkeit der Lebensmittelkontrolle stark in Anspruch genommen. Die gasförmige Blausäure hat als Ungeziefermittel auch dort, wo Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände aufgespeichert sind, eine weite Verbreitung gefunden. Es ist über diesen Gegenstand in Fachkreisen fortlaufend durch Wort und Schrift Bericht erstattet worden. Es werden jetzt mit Erfolg Schiffe, Mühlen, Speicher, Kühlhäuser, Kasernen, Wohnungen, Möbel, Teppiche, Polsterwaren, Büchereien, Darmlager, Tabakböden und dergleichen durchgast und dabei von dem dort hausenden Ungeziefer und Vorratsschädlingen gründlich befreit. Als letztere sind zu nennen Ratten, Mäuse, Flöhe, Wanzen, Kakerlaken, Motten, Milben, Würmer, Speicherkäfer, Zigarettenkäfer usw. Die außerordentliche Giftigkeit der Blausäure bedingt, daß man dieses hervorragende Mittel zur Ungezieferbekämpfung in bewohnten Häusern nur dort heranziehen kann, wo letztere vollständig von Menschen und Haustieren geräumt werden können.

CHEMISCHE UNTERSUCHUNGSSTATION DES HYGIENISCHEN STAATSINSTITUTS FÜR AUSLÄNDISCHE WEINE

VON PROFESSOR KICKTON

SEIT dem 1. September 1909, dem Tage des Inkrafttretens des Weingesetzes vom 7. April 1909, werden die in Hamburg zur Einfuhr vorgeführten ausländischen Weine in der chemischen Untersuchungsstation für ausländische Weine am hiesigen Hygienischen Staatsinstitut, dem die in den Ausführungsbestimmungen zum § 14 des Weingesetzes und im § 2 der Weinzollordnung vom 17. Juli 1909 vorgeschriebene chemische Untersuchung dieser Weine übertragen worden ist, auf Einfuhrfähigkeit untersucht.

Die Anzahl der bei gleichartigen Sendungen einzuliefernden Proben sowie der Mindestumfang der chemischen Untersuchung der verschiedenen Weinsorten ist durch die Weinzollordnung vorgeschrieben; der letztere muß jedoch, je nach der Eigenart der Proben, in sehr viel zahlreicheren Fällen, als die Vorschriften dies verlangen, erweitert werden. In der Zeit bis zum Kriege wurden alljährlich durchschnittlich etwa 5000 bis 6000 solcher Weinproben zur Untersuchung eingeliefert. Während des Krieges ging die Zahl der Proben naturgemäß sehr herunter, stieg aber in der Nachkriegszeit wieder an und erreichte ihre seitdem größte Höhe mit mehr als 4600 Proben im Jahre 1924, während in den letzten Jahren wieder weniger Proben eingeliefert wurden, deren Anzahl sich jedoch im Jahre 1927 noch auf rund 2500 belief. Seit der Einführung der Auslandsweinkontrolle wurden meist mehr Dessertweine (Süd-, Süßweine) als herbe Weine (Weiß- und Rotweine) zur Untersuchung gestellt. In normalen Zeiten waren gewöhnlich weniger als 1 v. H. aller eingereichten Proben als den Vorschriften des Weingesetzes zuwider hergestellt, somit als nicht einfuhrfähig zu beanstanden, jedoch erhöhte sich die Zahl der zu beanstandenden Proben besonders in den

Kriegs- und Nachkriegsjahren. In den letzten beiden Jahren ist der Prozentsatz der Beanstandungen wieder auf das gewöhnliche Maß zurückgegangen. Als Beanstandungsgründe kamen hauptsächlich Überschwefelung, Übergipsung bzw. hierdurch verursachter unzulässig hoher Gehalt an Schwefelsäure, Überstreckung durch Zusatz von Wasser oder wässeriger Zuckerlösung oder durch Verwendung übermäßig wasserhaltigen Sprits zur Aufspritung von Dessertweinen, unzulässiger Zusatz von Rohrzucker oder von unreinem Stärkezucker oder Stärkesirup, Zusatz von Teerfarbstoffen, Zusatz von Sprit zu Weißwein, der nicht als Dessertwein anzusehen war, sowie Zusatz von Zitronensäure in Betracht.

Recht häufig sind ausländische Weine, die sich nach ihrer chemischen Zusammensetzung an sich als einfuhrfähig erwiesen, bei der Vorführung zur Untersuchung auf Einfuhrfähigkeit mit nicht ihrer wirklichen Herkunft entsprechenden, nach dem Weingesetz im deutschen Inlandverkehr unzulässigen geographischen Bezeichnungen versehen, wie z. B. „Portwein“ oder „Madeira“ für nicht im portugiesischen Gebiete des Douro oder auf der Insel Madeira erzeugte Weine, oder mit falschen Angaben über ihre Art oder charakteristische Eigenschaften, wie z. B. Medizinalwein, Blutwein, Naturwein, Auslese oder dergleichen. In allen derartigen Fällen wurde die Polizeibehörde bzw. der Weinkontrolleur mit der Anheimgabe verständigt, den Verfügungsberechtigten hiervon Mitteilung zu machen, und seit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 21. März 1925 über den Beitritt des Deutschen Reiches zu dem Madrider Abkommen, betreffend Unterdrückung falscher Herkunftsangaben auf Waren, wird die Zollbehörde schriftlich von der Unzulässigkeit solcher Bezeichnungen in Kenntnis gesetzt. Die letztere Behörde hat nach § 2 des genannten Gesetzes schon bei der Vorführung von Waren zur Einfuhr die Beseitigung solcher falschen Angaben zu veranlassen oder, falls ihren Anordnungen nicht entsprochen wird oder die Beseitigung untunlich ist, die Waren einzuziehen.

CHEMISCHE UNTERSUCHUNGSSTATION DES HYGIENISCHEN STAATSINSTITUTS FÜR AUSLÄNDISCHES FLEISCH

VON PROFESSOR DR. BUTTENBERG

AUFGABE der Auslandsfleischbeschau ist es, darauf hinzuwirken, daß das vom Auslande kommende Fett und Fleisch den Verbrauchern im Inlande nur in genußtauglichem und unverfälschtem Zustande zugeführt werden. Dazu sind tierärztliche und chemische Untersuchungen erforderlich. Für die letzteren ist das Hygienische Staatsinstitut zuständig. Einer ständigen Kontrolle bei der Einfuhr vom Auslande unterliegen an der Grenze sämtliche unter das Fleischbeschaugesetz fallende Lebensmittel. Das sind Fleische von warmblütigen Tieren, frisch und zubereitet, ferner die daraus gewonnenen Fette, wie Schweineschmalz, Talg, Premier Jus, Oleomargarin und solche Stoffe enthaltende Fettgemische (Margarine, Kunstspeisefett), nicht dagegen Butter und geschmolzene Butter. Die hierzu erforderlichen Untersuchungen müssen, um die Abwicklung des Verkehrs nicht zu verzögern, mit der größten Beschleunigung durchgeführt werden.

Als Herkunftsländer kommen für Hamburg in erster Linie in Betracht Nordamerika, Dänemark und Argentinien, dann aber auch England, Kanada, Holland, Chile, Schweden, Norwegen, Spanien, Brasilien, Rußland, Australien, China usw. In den ersten Jahren der nunmehr seit 25 Jahren bestehenden Auslandsfleischbeschau war die Art und Zahl der vorkommenden Beanstandungen eine recht erhebliche. Jetzt ist die Wirkung der Auslandsfleischkontrolle zum großen Teil mehr eine vorbeugende. Die Einfuhrländer wissen, daß eine Grenzkontrolle ausgeübt wird, und bemühen sich, unseren Vorschriften entsprechende Waren zu liefern.

Beim Fleisch kommen verbotene Konservierungsmittel (Borsäure, schweflige Säure, Formaldehyd usw.) nur noch selten vor. Es ist dies auch mit darauf zurückzuführen, daß das Fleisch jetzt nicht mehr in großen Mengen als gepökelt, sondern als Frisch- bzw. Gefrierfleisch zur Einfuhr gelangt.

Zu den Verunreinigungen seltener Art gehören z. B. Blei in Därmen, von havarierten Fässern einer Schiffsladung, in der sich Bleierze befunden hatten, herrührend.

Die meisten Beanstandungen bei Fett pflegen auf Schweineschmalz zu entfallen. Als Hauptbeanstan-

dungsgründe sind verdorbene Beschaffenheit sowie übermäßiger Gehalt an Wasser zu nennen. Dazu kommen Beanstandungen wegen Beimengung von Fremdfetten, White grease-Verdacht, Alkalizusatz usw. Bei der Beurteilung der verdorbenen Beschaffenheit darf nicht außer acht gelassen werden, daß sich die Fette nicht nur bei der Einfuhr, sondern auch noch zur Zeit der normalen Abgabe vom Kleinhändler an die Verbraucher im genußtauglichen Zustand befinden sollen. Wasser gehört an sich nicht in Fette wie Schweineschmalz, Talg, Premier Jus und Oleomargarin und ist außerdem geeignet, die Haltbarkeit ungünstig zu beeinflussen. Auch Baumwollsamenöl, das früher häufiger in tierischen Fetten angetroffen wurde, kommt nur noch gelegentlich vor. Die Einfuhr von White grease aus Holland — es ist dies genußuntaugliches (inedible), für technische Zwecke bestimmtes nordamerikanisches Fett, das in Holland raffiniert wird — ist jetzt durch besondere Bestimmungen so gut wie unmöglich gemacht.

Als Rindertalg wird gelegentlich gehärteter Tran vorgeführt.

Bei ausländischer Margarine gehört das Fehlen des zur Erleichterung der chemischen Untersuchung vorgeschriebenen Erkennungsmittels sowie ein Gehalt an Borsäure nicht zu den Seltenheiten.

Welche Arbeitsleistung bei der chemischen Untersuchung in der Auslandsfleischbeschau zu bewältigen ist, mögen einige Zahlen aus den letzten fünf Jahren zeigen:

Untersuchte Proben:

	Fleisch einschl. Lake und Salz	Fette	Gesamtzahl
1923	9049	36 828	45 877
1924	7789	39 170	46 959
1925	4819	64 742	69 561
1926	1759	70 557	72 316
1927	1422	54 365	55 787

INLANDFLEISCHBESCHAUÄMTER

FLEISCHBESCHAUAMT II

Von Obertierarzt Dr. Stolpe.

HAMBURG als Großstadt mit rund 1,1 Million Einwohnern und als Hafenplatz mit starkem Fremdenverkehr verbraucht innerhalb der eigenen Mauern große Mengen von Fleisch.

Außerdem betreibt es einen sehr lebhaften Handel mit Fleisch und Fleischwaren nach dem Inland und nach Übersee. An die Güte des in Hamburg selbst zum Verbrauch gelangenden wie des zum Versand bestimmten Fleisches werden im allgemeinen hohe Anforderungen gestellt.

Die Zahl der in den Jahren 1912 bis 1927 im Hamburger Zentralschlachthof amtlich untersuchten Tiere ergibt sich aus dem nachstehenden Linienbild.

Die Untersuchung ist Aufgabe des Fleischbeschauamtes II. Die Fleischbeschau wird ausschließlich von Tierärzten ausgeübt, der damit verbundene Hilfsdienst von Schauamtsgehilfen, die eine Prüfung in der Trichinen- und Finnenschau abgelegt haben.

Sämtliche Schlachttiere werden den Vorschriften des Reichsfleischbeschaugesetzes vom 3. Juni 1900 entsprechend vor und nach der Schlachtung untersucht.

Die Untersuchung vor der Schlachtung (Schlachtviehbeschau) bezweckt, seuchenkranke, namentlich mit Rotz und Milzbrand behaftete Tiere von der Schlachtung auszuschließen. Dadurch soll die Übertragung von Krankheitskeimen auf Schlachter und auf das in den Schlachthallen hängende Fleisch verhütet werden. Weiter liefern die Untersuchungen vor der Schlachtung oft wichtige Anhaltspunkte für die Beurteilung des Fleisches der geschlachteten Tiere. Dies ist besonders bei sog. Blutvergiftungen der Fall, bei denen die am geschlachteten Tiere sichtbaren Veränderungen sehr geringfügig sein und daher leicht unbemerkt bleiben können.

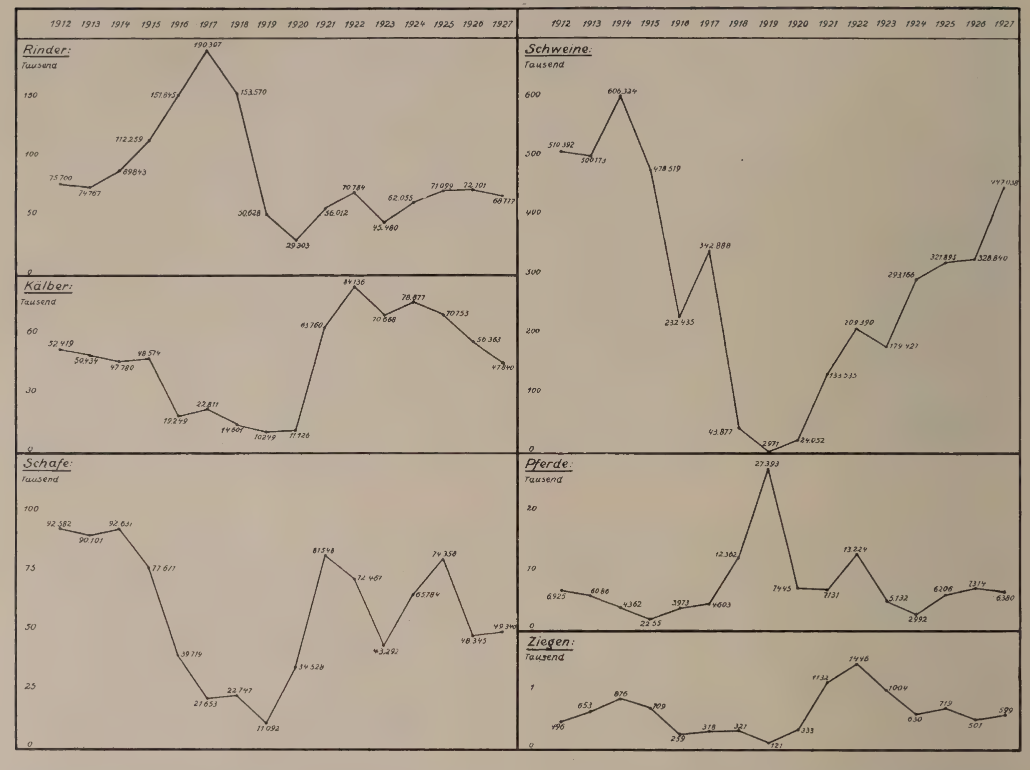
Die Untersuchung der geschlachteten Tiere und die Bewertung des Fleisches (Fleischbeschau) stellen die Haupttätigkeit des Fleischbeschauamtes II dar.

Je nach dem Untersuchungsbefund wird das Fleisch für genußtauglich, minderwertig, bedingt tauglich oder genußuntauglich erklärt und dementsprechend durch blaue Stempelabdrücke gekennzeichnet (s. Abbildung). Die Abstempelung der bei der grobsinnlichen Untersuchung nicht für genußuntauglich erachteten Schweine geschieht erst, nachdem sie auf Trichinen untersucht, trichinenfrei befunden und mit dem Trichinenschaustempel gekennzeichnet sind.

Genußtaugliches Fleisch ist keinen Verkehrsbeschränkungen unterworfen.

Minderwertiges, d. h. in seinem Nahrungs- und Genußwert erheblich herabgesetztes, sowie *bedingt taugliches Fleisch* dürfen nur auf der Freibank ver-

Zahl der im Hamburger Zentralschlachthof geschlachteten und untersuchten Tiere 1912–1927.



kauft werden, dieses nur in gekochtem, jenes dagegen in rohem Zustande.

Genußuntaugliches Fleisch wird unter geeigneten Vorsichtsmaßregeln der Abdeckerei überwiesen, die daraus Fett und Tierkörpermehl herstellt.

Beanstandet und der Freibank überwiesen wurden im Jahre 1927

als minderwertig	*als bedingt tauglich*
101 452 kg Rindfleisch	11 747 kg Rindfleisch
7011 kg Kalbfleisch	614 kg Kalbfleisch
1 274 kg Hammelfleisch	— kg Hammelfleisch
100 932 kg Schweinefleisch	16 577 kg Schweinefleisch

Der Abdeckerei wurden wegen Genußuntauglichkeit zur Vernichtung überwiesen

Tierkörper	*Organe*
37 Pferde	433 von Pferden
88 Rinder	43 588 von Rindern
83 Kälber	2 557 von Kälbern
11 Schafe	9 185 von Schafen
— Ziegen	69 von Ziegen
238 Schweine	83 577 von Schweinen

Veranlassung zu diesen Beanstandungen gaben

übertragbare Krankheiten: Milzbrand, Pyaemie, Septikaemie, Maul- und Klauenseuche, Paratyphus, Tuberkulose, Aktinomykose, Schweinerotlauf, Schweinepest und anderes;

sonstige Erkrankungen: Entzündungen, Geschwülste und anderes;

tierische Schmarotzer: Trichinen, gesundheitsschädliche Finnen, Hülsenwürmer, Leberegel, Lungenwürmer und andere;

die Verwendungsfähigkeit des Fleisches mindernde oder aufhebende Mängel: Veränderung in bezug auf Farbe, Geruch, Geschmack und Zusammensetzung des Fleisches.

Unter diesen Mängeln bildete eine recht häufige Beanstandungsursache der nach reichlicher Fütterung von Heringen und tranigem Fischmehl auftretende fischige oder tranige Geruch und Geschmack.

Besonders wissenswert ist die Häufigkeit des Vorkommens derjenigen bei der Fleischuntersuchung ermittelten Krankheiten der Schlachttiere, die auf

Die in Hamburg gebräuchlichen Fleischbeschaustempel für Inlandfleisch.



Genußtauglich (blau) für alle Schlachttiergattungen außer Pferd und Hund.

PFERD
HAMBURG II

Genußtauglich (blau) für Pferd („Hund" entsprechend)

Untersucht
Zentralschlachthof
Trichinenfrei

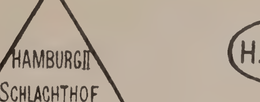
Trichinenfrei befundene Schweine erhalten außer dem blauen Fleischbeschaustempel noch diesen roten.



Minderwertig (blau) zum Rohverkauf auf der Freibank bestimmt.

HAMBURG II
SCHLACHTHOF

Bedingt tauglich (blau) Dieses Fleisch darf nur im gekochten oder gedämpften Zustand auf der Freibank verkauft werden



Genußuntauglich (blau) Dieses Fleisch wird der Abdeckerei zur Vernichtung überwiesen.

Kontrollstempel (blau) für nach Hamburg eingeführtes, im Inland bereits untersuchtes Fleisch.

Menschen übertragbar sind. Hiervon wurde am häufigsten die *Tuberkulose* festgestellt, und zwar 1927 bei 48 v. H. der Kühe. (Zu vgl. im übrigen das Linienbild.) Zahlreiche Rinder waren an Tuberkulose der Milchdrüsen erkrankt. Die hohen Tuberkuloseziffern bei Rindern beweisen, wie notwendig die im Einzugsgebiet der hamburgischen Viehmärkte an vielen Orten bereits eingeleitete und mit staatlichen Mitteln unterstützte freiwillige Tuberkulosetilgung, hauptsächlich auch im Hinblick auf die für den Menschen beim Genuß tuberkelbazillenhaltiger Milch bestehende Gefahr der Gesundheitsschädigung ist.

Die meisten *Milzbrandfälle* wurden bei Schweinen festgestellt. Sie wiesen, wie es bei Schweinen fast die Regel ist, am lebenden Tier keine so ausgeprägten Merkmale auf, daß die Krankheit hätte bei der Schlachtviehbeschau erkannt und die Schlachtung verhindert werden können. Der Milzbrand ist bei Schweinen vor dem Kriege im Hamburger Schlachthof einige hundert Male jährlich festgestellt worden. Während der Kriegsjahre verschwand er völlig wegen der Unterbindung der Zufuhr des nicht selten Milzbrandsporen enthaltenden ostindischen Knochenmehls, das durch Futtermittelhändler dem für Schweine bestimmten Futter zugesetzt wird. Seit dem Wiederaufleben der Knochenmehleinfuhr aus Ostindien nimmt die Zahl der Milzbrandfälle stetig zu (vgl. Linienbild).

Der Verdacht auf Vorhandensein von *Fleischvergiftungserregern* (Bakterien der Paratyphus-Enteritidisgruppe) gibt in zahlreichen Fällen zur bakteriologischen Untersuchung des Fleisches Veranlassung.

Der Schweinerotlauf, dessen Erreger gelegentlich durch Verletzungen auf den Menschen übertragen werden und dem Schweinerotlauf ähnliche Veränderungen hervorrufen können, wird öfters bei Schweinen beobachtet.

Weiter werden in äußerst zahlreichen Fällen *Eiter- und Nekroseerreger* ermittelt.

Von *gesundheitsschädlichen Schmarotzern* wurden 1927 gefunden:

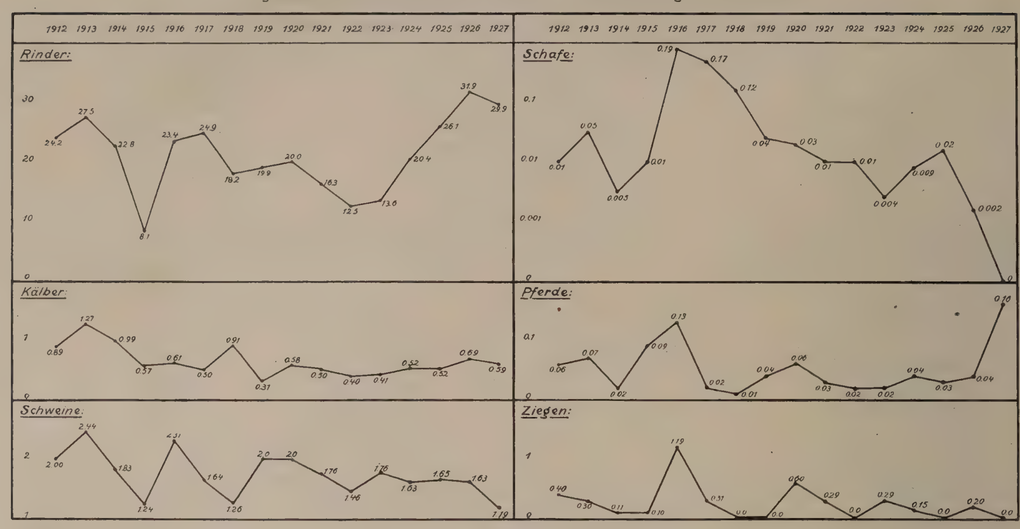
Trichinen bei Schweinen dreimal, *Finnen* bei Rindern und Kälbern (Cysticercus inermis) hundertelfmal, *Finnen* bei Schweinen (Cysticerus cellulosae) einmal.

Bemerkenswert ist, daß sich die *gesundheitsschädliche Finne* bei den in Hamburg zur Schlachtung gelangenden norddeutschen Schweinen im Gegensatz zu den ostdeutschen Schweinen nur selten vorfindet.

Der durch Vermittlung des Hundes auf Menschen übertragbare *Hülsenwurm* wird am häufigsten in

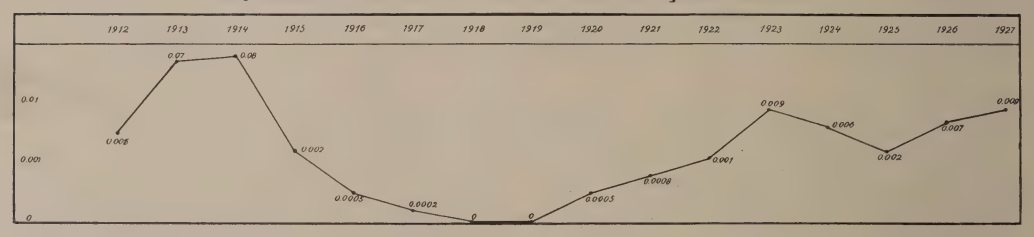
Tuberkulose

bei geschlachteten Tieren 1912–1927. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der geschlachteten Tiere.

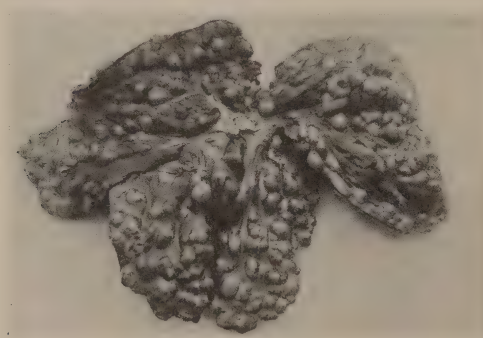


Milzbrand

bei geschlachteten Schweinen 1912–1927. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der geschlachteten Schweine.



der Leber von Schweinen angetroffen (s. Abbildung). Nach dem Ergebnis monatlicher Stichtagprüfungen kam der Schmarotzer im Jahre 1927 bei 9,2 v. H. aller geschlachteten Schweine vor.



Schweineleber mit Hülsenwürmern

Infolge der nassen Witterung ist der *Leberegel* (Fasciola hepatica) in den letzten Jahren bei den Wiederkäuern in ungewöhnlich großer Zahl aufgetreten. Dieser gelegentlich auch den Menschen befallende Schmarotzer wurde durch die an monatlichen Stichtagen angestellten Erhebungen bei rund 54 v. H. der geschlachteten Rinder und rund 17,5 v. H. der geschlachteten Schafe festgestellt.

UNTERSUCHUNGSSTATION 1.

Von Amtstierarzt Dr. Claußen.

Nach Hamburg werden große Mengen Fleisches von Tieren eingeführt, die in der näheren oder weiteren Umgebung geschlachtet und untersucht worden sind. Die Einfuhr dieses Fleisches, das zum größten Teil dem hiesigen Fleischmarkt zugeführt wird, unterliegt nach der Bekanntmachung vom 30. März 1903, soweit es von Fleischbeschauern untersucht und abgestempelt ist, einer gebührenpflichtigen Untersuchung, soweit es tierärztlich abgestempelt ist, einer gebührenfreien Besichtigung nach Maßgabe des Lebensmittelgesetzes. Unter-

suchung und Besichtigung werden durch die Untersuchungsstation 1 ausgeführt. Sie erfordern eine besondere Sachkunde, da von weither auch solches Fleisch nach hier verbracht wird, das wegen seiner geringeren Güte in den ländlichen Bezirken keine Abnehmer gefunden und manchmal seit der ersten Untersuchung eine Verschlechterung seines ursprünglichen Zustandes erfahren hat. Wie die häufigen Beanstandungen beweisen, ist eine Nachkontrolle des eingeführten Inlandfleisches für eine Großstadt unbedingt erforderlich. Alles tauglich befundene Fleisch erhält einen ovalen Stempelabdruck mit der Inschrift „H.U.St. 1" (s. Abbildung).

TRICHINENSCHAU.

Von Amtstierarzt Dr. Claußen.

Das Fleisch der in Hamburg geschlachteten oder aus dem Ausland eingeführten Schweine, einschließlich des Fleisches von Wildschweinen, wird der Trichinenschau unterworfen, deren Durchführung dem Beschauamt K obliegt. Zur Ausführung der Untersuchung werden von jedem Schwein und jedem aus dem Ausland eingeführten Stück Schweinefleisch gemäß den bestehenden Vorschriften durch besondere Angestellte Fleischproben entnommen. Die durch Quetschen haferkorngroßer Fleischstückchen zwischen Glasplatten hergestellten Präparate wurden in der Vorkriegszeit mit dem Mikroskope untersucht; heute wird die Untersuchung mit Projektionsapparaten, sogenannten Trichinoskopen, vorgenommen, die ein zuverlässigeres und schnelleres Untersuchen ermöglichen. Die Untersuchung geschieht durch geprüfte Trichinenschauer, die ständiger tierärztlicher Aufsicht unterstehen und sich alle drei Jahre einer Nachprüfung zu unterziehen haben. Im vorigen Jahre sind in Hamburg zum ersten Male Frauen zur Ausübung der Trichinenschau zugelassen worden, was sich durchaus bewährt hat. Es sind zur Zeit 18 Trichinoskope in Benutzung. An jedem Trichinoskop arbeiten vier Trichinenschauer, von denen abwechselnd drei mit dem Anfertigen von Präparaten beschäftigt sind und einer die Untersuchung vornimmt. Hierbei ermüden die Augen der Untersucher weniger als bei dem fast ununterbrochenen Mikroskopieren.

Trichinenfreie Schweine erhalten einen rechteckigen Stempelabdruck in roter Farbe mit der Inschrift „Trichinenfrei" (s. Abbildung). Im Jahre 1927 sind 448 796 Schweine untersucht worden; hiervon waren drei Schweine trichinös. Außerdem wurden vierunddreißigmal bei ausländischem Schweinefleisch Trichinen aufgefunden.

Trichinenhaltige Schweine werden beim Vorliegen sinnfälliger Veränderungen des Muskelfleisches mit Ausnahme des Fettes als genußuntauglich der Abdeckerei überwiesen. In den übrigen Fällen wird der Tierkörper für bedingt tauglich erklärt, und das Fleisch wird nach Brauchbarmachung durch Dämpfen, das Fett nach vorschriftsmäßigem Ausschmelzen zum Verkauf auf der Freibank zugelassen.

PATHOLOGISCH-ANATOMISCHES LABORATORIUM.

Von Amtstierarzt Dr. Claußen.

Hier werden hauptsächlich pathologisch-histologische Untersuchungen vorgenommen; diese kommen dann in Betracht, wenn bei Zerlegungen oder bei der Fleischbeschau die grobsinnliche Untersuchung zu keinem sicheren Ergebnis führt. Außerdem werden zur wissenschaftlichen Ausschöpfung des bei der großen Zahl von Schlachtungen in überaus großer Menge anfallenden Untersuchungsstoffes einer Anregung des Reichsministeriums des Innern gemäß aus der Zahl der in den verschiedenen Dienstbetrieben beanstandeten Tierkörper und Körperteile geeignete Stücke ausgewählt und einer näheren histologischen Untersuchung unterzogen.

BAKTERIOLOGISCHE STATION.

Von Obertierarzt Prof. Dr. Glage.

Die Bakteriologische Station des Veterinärwesens hat ähnliche Aufgaben für die Veterinärmedizin zu erledigen wie die Hygienischen Institute für die humane Medizin. Obwohl für das ganze Staatsgebiet bestimmt, wurde die Station auf dem Zentralschlachthofe errichtet wegen der für Hamburg überragenden Bedeutung des Verkehrs mit Vieh und Fleisch, der zahlreiche bakteriologische Untersuchungen erforderlich macht. Seit der Einführung der tierärztlichen Kontrolle der Meiereien, der Überwachung der Milchviehbestände sowie der Bekämpfung einiger neuerdings in größerer Verbreitung vorkommenden Tierseuchen tritt aber das Landgebiet in dem Arbeitsfelde mehr hervor.

An die Station treten alle jene Aufgaben heran, die in andern Gliedstaaten in besonderen staatlichen Untersuchungsämtern, in Schlachthoflaboratorien und zum Teil in den rein wissenschaftlichen Anstalten erledigt werden. Daraus erwachsen nicht nur ständige Beziehungen zu den übrigen Dienststellen des Veterinärwesens, sondern auch gemeinsame Arbeiten mit andern Behörden und wissenschaftlichen Instituten. Ihre Tätigkeit erstreckt sich im besonderen auf die Fleischhygiene, die animalische Lebensmittelkontrolle, die Milchhygiene und die



Vornahme der bakteriologischen Fleischuntersuchung

Veterinärpolizei. Dazu kommen praktische und wissenschaftliche Untersuchungen verschiedener Art.

Zur Ergänzung der Fleischbeschau ist nach § 29 der Ausführungsbestimmungen A zum Reichsfleischbeschaugesetz in der Fassung vom 10. August 1922 beim Vorliegen des Verdachtes auf Blutvergiftung sowie in allen andern Fällen von Erkrankungen der Schlachttiere oder Mängeln des Fleisches, in denen das Vorhandensein von Erregern der Fleischvergiftung vermutet werden kann, soweit möglich, die bakteriologische Fleischuntersuchung vorzunehmen. In Hamburg ist diese Untersuchung zu beantragen:

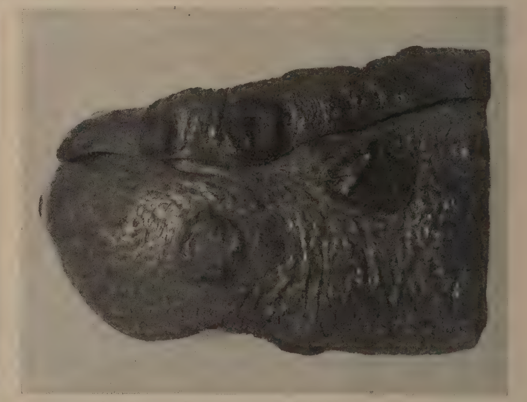
1. bei Notschlachtungen im Anschluß an akute Entzündungskrankheiten;
2. beim Vorliegen von Erscheinungen der Blutvergiftung;
3. bei Notschlachtungen wegen mechanisch entstandener Blutstauungen und ihrer Folgen, vor allem im Bereiche des Verdauungsapparates;
4. bei Notschlachtungen im Anschluß an Erschöpfungszustände, vornehmlich nach längeren Transporten;
5. bei Notschlachtungen wegen plötzlicher Verschlimmerung einer Krankheit nach üblichen Arzneigaben;
6. bei kranken Tieren, die nicht unmittelbar nach der Notschlachtung ausgeweidet wurden. Zu berücksichtigen sind hauptsächlich:
   a) diejenigen Tiere, die mit Darmkrankheiten behaftet sind;
   b) solche Schlachttiere, die viel mit Menschen in Berührung waren;
   c) alle notgeschlachteten Pferde, mit Ausnahme derjenigen, die infolge eines Unfalls alsbald nach der Einwirkung der Ursache geschlachtet wurden.

Die technische Durchführung der bakteriologischen Fleischuntersuchung erfolgt nach den Vorschriften, die am 16. November 1926 vom Reich erlassen worden sind. Im Jahre 1927 haben 358 Tiere der Untersuchung unterlegen.

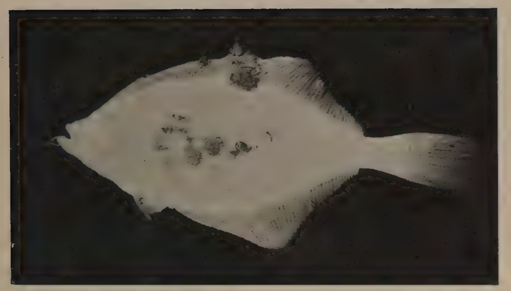
Weiter erfordert die endgültige Entscheidung über die Bewertung des Fleisches bei der Fleischbeschau öfters die Ermittlung der ursächlichen Krankheitserreger und der Krankheitsform (örtlicher, nicht örtlicher, abgeheilter Milzbrand), die Bestimmung von tierischen Schmarotzern, die Prüfung von Finnen auf Lebensfähigkeit, die Feststellung von Geruchs- und Geschmacksabweichungen des Fleisches u. a. m. Eine weitere Aufgabe der Bakteriologischen Station besteht in der Aus- und



Niere vom Schwein mit Milzbrandherden



Milz vom Schwein mit Milzbrand-Karbunkeln



Scholle mit Hautwucherungen



Kabeljau mit Furunkulose

Fortbildung sowie der Nachprüfung der Fleischbeschauer des Stadt- und Landgebietes.

Ferner werden in Verbindung mit der Polizeibehörde regelmäßig Revisionen der Fleischereien und sonstiger Geschäfte mit Lebensmitteln tierischer Herkunft, wie der Wildbrethandlungen, Geflügelhandlungen und Fischgeschäfte, sowie der Lager, Verarbeitungsstätten usw. ausgeführt. Dabei wird auf die einwandfreie Behandlung der Lebensmittel, die vorschriftsmäßige Einrichtung und die Sauberkeit der Geschäftsräume, die Befolgung der Vorschriften über den Verkehr mit Lebensmitteln und die gesunde, nicht verdorbene Beschaffenheit der Waren besonders geachtet. Bei den Revisionen entnommene Proben werden bakteriologisch, anatomisch usw. im Laboratorium untersucht, desgleichen alle Proben, die unmittelbar oder durch Vermittlung der Polizeibehörde von der Bevölkerung eingeliefert werden. Bei Meldung von Erkrankungen nach dem Genusse von Lebensmitteln tierischer Herkunft beteiligt die Bakteriologische Station sich an den Untersuchungen zur Aufklärung der Ursachen.

Auf Grund des Gesetzes vom 28. Dezember 1914 und der Milchverkehrsordnung vom 30. Juli 1926 werden außerdem amtstierärztliche Revisionen der Viehbestände im ganzen Staatsgebiete durchgeführt. Verstöße gegen die in bezug auf die Gewinnung und Beschaffenheit der Milch erlassenen Vorschriften werden durch amtliches Einschreiten abgestellt. Geachtet wird auf den Gesundheitszustand der Kühe, die Art der Fütterung und Haltung, die Stalleinrichtung, die Reinlichkeit bei der Milchgewinnung und die zweckmäßige Nachbehandlung der Milch. An Krankheiten des Milchviehs werden in hiesiger Gegend vornehmlich beobachtet: die Galtseuche, die Tuberkulose und das seuchenhafte Verwerfen. Einer besonderen Kontrolle unterliegen die Betriebe zur Gewinnung von Vorzugsmilch.

Die Seuchenbekämpfung erfordert bakteriologische, serologische und anatomische Untersuchungen nebst den üblichen diagnostischen Impfungen. Im Falle der Feststellung des Milzbrands schließen sich auch Untersuchungen von Futtermitteln an. Die Gefahr der Einschleppung des Rotzes aus dem Auslande gebietet die regelmäßige serologische Prüfung der in das Zollinland eingeführten Einhufer beim Grenzeintritt. Weitere serologische Prüfungen werden bei den Pferden der Serumgewinnungsanstalt und in den von den Tierärzten gemeldeten Rotzverdachtsfällen durchgeführt. Die ansteckende Blutarmut des Pferdes und die Tollwut des Hundes machen diagnostische Impfungen, die Räude der Pferde und Schafe, die anzeigepflichtigen Geflügelseuchen und die Bienenseuchen mikroskopische Prüfungen notwendig.

Neuerdings nimmt die Bekämpfung der Geflügelseuchen die Bakteriologische Station häufiger in Anspruch. Außer den gesetzlich verfolgten Seuchen: Geflügelcholera und Hühnerpest, von denen die erstere durch ein staatlich geprüftes Serum bekämpft wird, kommen als wirtschaftlich sehr nachteilig besonders in Betracht: die Tuberkulose, die Diphtherie und die Pocken der Hühner, die Kükenruhr und der Hühnertyphus sowie die Weißblütigkeit. Beim Hühnertyphus werden neuerdings die Bakterienträger, die die Seuche in erster Linie verbreiten und auch die Kükenruhr veranlassen, serologisch ermittelt und von der Zucht ausgeschlossen.

Auch die planmäßige Bekämpfung des seuchenhaften Abortus der Kühe ist aufgenommen worden, und es werden bakteriologische und serologische Untersuchungen zur Feststellung der Seuche und Ermittlung der Bakterienträger unter den Rindern durchgeführt sowie Impfstoffe zur Immunisierung hergestellt.

AUSLANDSFLEISCHBESCHAUÄMTER

VON OBERTIERARZT DR. GRÖNING

DAS in das Zollinland eingehende Fleisch, worunter alle frischen und zubereiteten Teile von warmblütigen Tieren, die sich zum Genusse für Menschen eignen, auch die aus warmblütigen Tieren hergestellten Fette und Würste verstanden werden, unterliegt seit dem 1. April 1903 bei der Einfuhr nach Deutschland einer amtlichen Untersuchung.

In Hamburg werden die auf dem Seewege eingehenden Sendungen durch das im Freihafen gelegene größte Auslandsfleischbeschauamt Deutschlands untersucht, das aus zwei, rechts und links der Elbe liegenden Abteilungen besteht. Das außerhalb des Freihafens befindliche andere Auslandsfleischbeschauamt besorgt die Untersuchung der auf dem Landwege zugeführten und im Zollinlande liegenden, meist kleineren Fleischwarensendungen.

Das Hauptgebäude im Freihafen (s. Abbildung) wurde im Jahre 1904 erbaut und je zur Hälfte der tierärztlichen und der chemischen Abteilung zugeteilt. Rund die Hälfte der gesamten nach Deutschland eingebrachten Fleischmenge wird hier zur Untersuchung gestellt. Zur Bewältigung der hierdurch erwachsenden Arbeit sind, abgesehen von den Trichinenschauern, gegenwärtig regelmäßig 70 Personen täglich erforderlich. Der Untersuchung wird nur dasjenige Fleisch unterworfen, das über ein hamburgisches Zollamt in den freien Verkehr eingeführt wird, nicht dagegen das zur unmittelbaren Durchfuhr bestimmte, das auf dem Seewege wieder ausgeführte und das mit Zollbegleitschein einer binnenländischen Untersuchungsstelle überwiesene Fleisch.

Die Untersuchungen, soweit sie nicht von Trichinenschauern vorgenommen werden oder dem Chemiker vorbehalten sind, geschehen durch Tierärzte. Die grobsinnlichen Untersuchungen der Fleischwaren werden schon am Kai oder erst in den Lagerschuppen des Freihafens vorgenommen, ebenso werden hier die Proben für die Trichinenschau und die chemischen Untersuchungen entnommen (s. Abbildung). Eingehendere mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen werden in dem mit den erforderlichen wissenschaftlichen Hilfsmitteln ausgestatteten tierärztlichen Untersuchungsraum durchgeführt. Das Fleischbeschauamt besitzt eine in ihrer Reichhaltigkeit für Deutschland vielleicht einzigartige Sammlung der zur Einfuhr zugelassenen und der beanstandeten tierischen Teile und Erzeugnisse.

In besonders großen Mengen gelangen Gefrierfleisch, Schmalz und Wursthüllen, in kleineren frisches und gepökeltes Fleisch, gesalzener Speck, Corned beef, Talg, Oleo, Kunstspeisefett und Margarine zur Untersuchung.

Nach den letzten amtlichen statistischen Mitteilungen, die sich auf das Jahr 1925 beziehen, sind eingeführt worden

	Gefrierfleisch kg	Fette kg	Därme kg
über Hamburg. .	52000000	62000000	25000000
über das übrige Reichsgebiet. .	76000000	58000000	13000000



Hauptgebäude



Entnahme von Schmalzproben auf einem Kaischuppen.

Das Gefrierfleisch besteht heute in der Hauptsache aus Rindervierteln und Hammeln argentinischer Herkunft und aus nordamerikanischen Schweine- und Ochsenlebern.

Unter den Fetten nimmt die erste Stelle das nordamerikanische Schweineschmalz ein, das heute nicht mehr wie früher in rundlichen, sondern in vierkantigen, schiffsraumsparenden Packstücken eingeführt wird. Dänemark versendet nach Deutschland hauptsächlich Schmalz in Blasen.

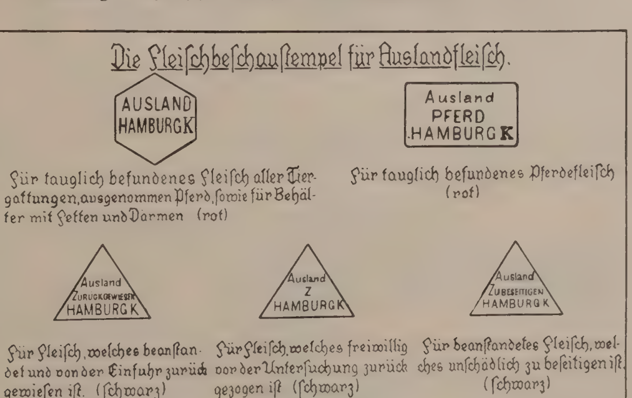
Wie vorstehende Aufstellung zeigt, bildet Hamburg den Haupteinfuhrhafen für Wursthüllen, denn fast zwei Drittel der in das deutsche Zollinland eingebrachten Därme kommen über Hamburg ein. Welche Werte hierbei umgesetzt werden, mag daraus entnommen werden, daß im Großhandel beispielsweise 1 kg gesalzener Hammeldärme 10 Rm., 1 kg getrockneter Därme 20 Rm. kostet.

Die in den Ausführungsbestimmungen D, Anlage a zum Reichsfleischbeschaugesetz enthaltene Anweisung für die tierärztliche Untersuchung des ausländischen Fleisches enthält wesentlich strengere Bestimmungen, als sie für die Inlandfleischbeschau gelten. Dies findet seine Begründung darin, daß einige für die Beurteilung des Fleisches nicht unwichtige Teile des Tierkörpers bei der Einfuhr fehlen dürfen und darum eine genauere Untersuchung der zur Einfuhr bestimmten Teile geboten ist. Alles Fleisch, dessen Beschaffenheit den bei der Untersuchung zu stellenden Anforderungen nicht entspricht, wird von der Einfuhr zurückgewiesen. Tierkörper, bei denen Rinderpest, Milzbrand, Rauschbrand, Rinderseuche, Schweinepest, Pockenseuche, Rotz, Tollwut, Rotlauf der Schweine, Septikämie, Pyämie, Texasfieber, Ruhr oder der begründete Verdacht einer dieser Krankheiten vorliegt, werden in unschädlicher Weise beseitigt.

In Anbetracht der scharfen Kontrolle und des mit der Beanstandung für den Einführer verbundenen namhaften Schadens werden im allgemeinen nur vorschriftsmäßig beschaffene Waren zur Einfuhr angemeldet. Die Zahl der Beanstandungen ist daher verhältnismäßig gering und bewegt sich bei gleicher Einfuhrmenge, Art und Herkunft der Fleischwaren stets etwa auf gleicher Höhe. Die Veränderungen des Gefrierfleisches sind meist *nach dem Tode* der Tiere, oft durch ungünstige Beförderungsverhältnisse entstanden. Vor allem kommen vor: Fäulnis, saure Zersetzung der Organe und oberflächliche Verunreinigung.

An gesalzenem und frischem Fleische werden durch Kleinlebewesen verursachte und organische Veränderungen, auch Fäulnis, innere Zersetzung und Alterserscheinungen in Gestalt von Tyrosinablagerungen beobachtet. Schweinefleisch enthält häufig Trichinellen. — Den Hauptbeanstandungsgrund der Wursthüllen bildet die Durchsetzung der Darmwandungen mit tierischen Schmarotzern.

Die Fette, deren Wassergehalt 0,5 v. H. nicht übersteigen darf, erweisen sich manchmal nicht genügend von Wasser befreit oder zeigen schon grobsinnlich wahrnehmbare Zersetzungen. Verfälschungen werden seltener festgestellt. Zeitweilig versuchten holländische Firmen, mit raffiniertem technischen Fett (Abfall- und Kadaverfett) vermengtes Schweineschmalz als Speisefett einzuführen. Der Aufmerksamkeit der zuständigen Beamten gelang es aber, schon an der äußeren Aufmachung, der Herkunft, der Farbe und dem Geruch das verfälschte Fett als solches zu erkennen und die Ware von der Einfuhr zurückzuweisen.

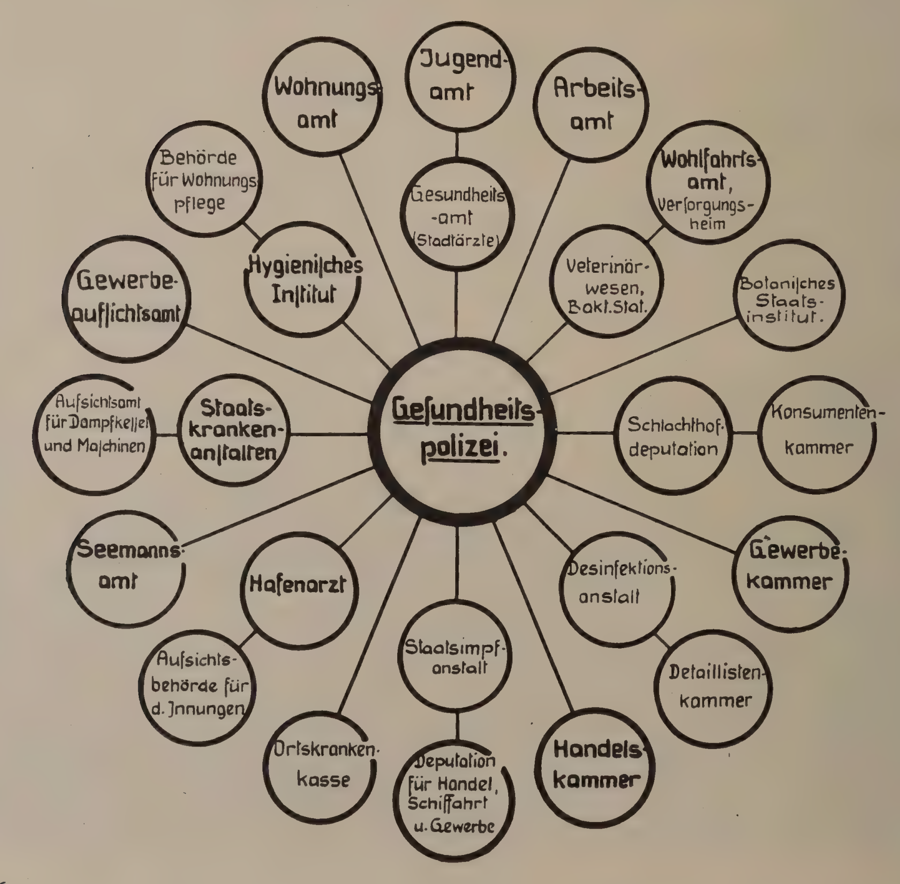


ÜBERWACHUNG DES VERKEHRS MIT LEBENSMITTELN

VON REGIERUNGSDIREKTOR DR. KÄHNE, POLIZEIBEHÖRDE

IM Stadtgebiet Hamburg wird der Verkehr mit Lebensmitteln und solchen Bedarfsgegenständen, die hinsichtlich der Beschaffenheit des Materials unter die Bestimmungen des Lebensmittelgesetzes fallen, von der Polizeibehörde überwacht. Die für diesen Dienst bestimmten Beamten sind besonders ausgebildet und nur auf diesem Gebiete tätig. Die Überwachung erstreckt sich auf Betriebe zum Verkauf, zur Herstellung und zur Lagerung von Lebensmitteln und von Bedarfsgegenständen der bezeichneten Art. In besonderen Fällen werden diese Betriebe von den Polizeibeamten zusammen mit den beamteten Chemikern, Tierärzten oder Ärzten der Gesundheitsbehörde überprüft. Von den entnommenen Proben erhält der Betriebsinhaber eine amtlich versiegelte Gegenprobe, wenn er nicht ausdrücklich darauf verzichtet. Die Überprüfungen im einzelnen Falle erfolgen entweder aus eigenem Entschluß der Polizeibehörde oder auf Grund von Anzeigen privater Personen und auf Ersuchen der Staatsanwaltschaften, der Gerichte oder anderer Behörden.

Eine Übersicht über die bei der Überwachung des Lebensmittelverkehrs beteiligten hamburgischen Behörden ist im folgenden zusammengestellt:



Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen im Jahre 1927.

Durch Polizeibeamte wurden insgesamt 15087 Proben entnommen. Von diesen Proben wurden untersucht:

A. Im Hygienischen Institut.

Gegenstand	Proben
Milch, Milcherzeugnisse, Milchpräparate	9010 Proben
Bier, Wein, weinhaltige Getränke, Spirituosen	166 Proben
Limonaden, Mineralwasser, alkoholfreie Getränke	80 Proben
Essig	47 Proben
Fleisch, Fleisch- und Wurstwaren, Fleischextrakt, Fleischbrühwürfel, Suppenwürfel	658 Proben
Tierische und pflanzliche Speisefette, Kunstspeisefette, Speiseöle	129 Proben
Käse, Butter, Margarine	290 Proben
Mehl, Müllereierzeugnisse, Teigwaren, Brot, Bäckereiwaren, Hefe, Backpulver und Triebmittel	198 Proben
Kakao, Schokolade, Zucker, Zuckerwaren	208 Proben
Kaffee, Kaffee-Ersatz, Tee	34 Proben
Gemüse, Pilze, Früchte und deren Dauerwaren	184 Proben
Fruchtsäfte und -sirupe, Marmeladen	23 Proben
Fische und deren Dauerwaren	92 Proben
Eier, deren Dauerwaren und Ersatzmittel	31 Proben
Gewürze, Nüsse, Mandeln usw.	154 Proben
Honig	60 Proben
Konservierungsmittel, Kochsalze	18 Proben
Blei- und zinkhaltige Gegenstände	19 Proben
Seife und Waschmittel	5 Proben
Verschiedenes	283 Proben

B. In der Bakteriologischen Station des Veterinärwesens.

Gegenstand	Proben
Milch	2472 Proben
Fleisch, Wild, Geflügel, Fleisch- und Wurstwaren	154 Proben
Fische und Fischdauerwaren	51 Proben
Eier	721 Proben

DIE VIEHMARKT- UND SCHLACHTHOFANLAGEN IN HAMBURG

VON DIREKTOR PROFESSOR DR. NEUMANN

SCHON seit der Akzisenordnung im Jahre 1853 ist es in der inneren Stadt verboten, anders als in den dazu bestimmten Schlachthäusern schlachten zu lassen. Die alten Schlachthäuser (Küterhäuser) wurden 1841 durch ein allgemeines Schlachthaus an den Vorsetzen ersetzt. An dessen Stelle trat im Jahre 1892 der Zentralschlachthof im Anschluß an die bereits bestehenden Viehmarktanlagen.

Die Viehmarkt- und Schlachthofanlagen liegen in dem Stadtteil St. Pauli, in dem von jeher der Viehhandel seinen Sitz gehabt hat.

Die Hauptanlagen *der Viehmärkte* sind: Der Viehhof Sternschanze und der Zentralviehmarkt auf dem Heiligengeistfelde (siehe Lageplan).

Der *Viehhof Sternschanze* liegt zwischen dem Bahnhof Sternschanze und der Lagerstraße, umfaßt 35 000 qm und ist für den Kälber- und Schweinemarkt bestimmt. Zum Ein- und Ausladen der Tiere dient eine 350 m lange Eisenbahnrampe mit den aus Eisen und Beton hergestellten Hecken. Der Viehhof Sternschanze ist mit dem Schweineschlachthof durch einen Tunnel verbunden. An der Eisenbahnrampe liegen die Halle für Kälber und Versandschweine mit einer Grundfläche von 5490 qm und die Schweineverkaufshalle mit einer Grundfläche von 8635 qm. An der Westseite der Kälberverkaufshalle ist eine Anlage für Reinigung und Desinfektion der Viehtransportwagen errichtet. Zum Wiegen der Kälber und Schweine sind 22 Zentesimalwagen vorhanden.

Auf dem Viehhof Sternschanze sind ferner die erforderlichen Räumlichkeiten für die Viehmarktverwaltung, das Veterinärwesen, den Aufenthalt der Interessenten usw. vorhanden. Außerdem befindet sich auf seinem Gelände ein Dienstgebäude für die Auslandsfleischbeschau.

Der Kälbermarkt findet jeden Dienstag statt. Der Auftrieb schwankt zwischen 900 bis 2000 Stück. Diese werden zum größten Teil in Hamburg geschlachtet. Die Schweinemärkte finden am Dienstag und Freitag statt. Im Jahre 1927 betrug der größte Auftrieb 12 490, der kleinste 1818 Stück. Der durchschnitliche Marktantrieb betrug im Jahre 1927 bei Schweinen 6116 und bei Kälbern 1258 Stück. Die Jahreszufuhr betrug bei Schweinen 629 963, bei Kälbern 65 397 Stück. Vom Markt wurden 29 v. H. der Schweine und 26 v. H. der Kälber nach andern Plätzen wieder ausgeführt.

Der *Zentralviehmarkt* an der Nordwestecke des Heiligengeistfeldes hat eine Grundfläche von 42 000 Quadratmeter und ist für den Rinder- und Schafmarkt bestimmt. Die aus Stein und Eisen erbaute Rinderhalle bedeckt eine Fläche von 14 000 qm und bietet Raum zur Aufnahme von 2500 Rindern und 5000 Schafen. Der Aus- und Einladung des Viehs dient eine 400 m lange Rampe. Am Südende des Zentralviehmarktes wurde 1914 ein zweigeschossiger Stall errichtet, in dem 1100 Rinder untergebracht werden können. Das zweigeschossige Gebäude ist durch eine Querwand in zwei völlig gleiche Hälften geteilt. Jede Gebäudehälfte besitzt 16 Stellräume, je 8 im Erdgeschoß und Obergeschoß. In das Obergeschoß führen an der Ost- und Westseite des Gebäudes Rampen. Das Dachgeschoß dient als Lagerraum für Heu und Stroh. Weitere Viehmarktstallungen befinden sich in der Kampstraße neben der Kühlhausanlage. Sie können 320 Rinder und 12 000 Schafe aufnehmen. Die Jahreszufuhr betrug 1927 bei Rindern 116 883, bei Schafen 66 315 Stück. Vom Markt wurden 40 v. H. der Rinder und 23 v. H. der Schafe wieder ausgeführt (siehe Abb. 2).

In den Viehmarktanlagen ist die Herstellung von Triftwegen erwähnenswert, die dazu dienen sollen, die Tiere beim Treiben besser zu leiten und dadurch Tierquälereien vorzubeugen (siehe Abb. 3).

Der *Zentralschlachthof* wird durch die Kamp- und Feldstraße einerseits und die Kamp- und Lagerstraße andererseits in zwei Abschnitte geteilt. Die gesamten Schlachthofanlagen haben eine Grundfläche von 59 909 qm.

In dem zwischen der Feld- und Kampstraße gelegenen Teil, allgemein *Ochsenschlachthof* genannt, werden Rinder, Kälber und Schafe geschlachtet. An Schlachthallen sind eine Großviehschlachthalle, eine Kleinviehschlachthalle und ein zweigeschossiges Schlachthaus vorhanden. Die Großviehschlachthalle reicht für eine Tagesschlachtung von 600 Rindern aus, die Leistungsfähigkeit der Kleinviehschlachthalle ist für 1800 Stück Kleinvieh berechnet. Das im Jahre 1913 fertiggestellte zweigeschossige Schlachthaus (siehe Abb. 1) ist mit einer Brückenrampe versehen, die den direkten Verkehr vom Rindermarkt zur oberen Schlachthalle vermittelt. Die untere Schlachthalle gestattet Tagesschlachtungen von 800 Rindern, während im Obergeschoß 1400 Schafe ge-



Abb. 1. Zweigeschossiges Schlachthaus auf dem Ochsenschlachthof

schlachtet werden können. Neben der Großviehschlachthalle liegen Stallungen zur vorläufigen Aufstallung der am Markt gekauften Rinder bis zur Schlachtung. Neben der Kleinviehschlachthalle ist ein doppelgeschossiger Stall gebaut. In das Erdgeschoß werden Kälber und Schafe bis zur Schlachtung eingestellt, während das Obergeschoß zur Unterkunft von Rindern bestimmt ist. Ferner sind an Betriebsgebäuden noch vorhanden: zwei Darmspülen, eine Dungstätte zum Entleeren der Pansen und Därme, die so eingerichtet ist, daß der Dung durch Trichter in die darunter in einem Tunnel stehenden Eisenbahnwagen fällt, ein Pferdestall zum Unterbringen der ausgespannten Schlachterpferde, ein Garderobenhaus mit Badeeinrichtungen, eine Garküche und eine Häutesalzerei, die von Interessenten des Schlachthofes unter der Firma „Häute- und Felleverwertung G.m.b.H." betrieben wird und umfangreiche Lager- und Arbeitsräume für das Salzen der Häute enthält. Auf dem Ochsenschlachthof befindet sich auch das Dienstgebäude für die Zentralverwaltung.

Der *Schweineschlachthof* liegt zwischen der Kamp- und Lagerstraße. Auf ihm befinden sich zwei Schlachthallen von zusammen 224 m Länge und je 29 m Breite. In beiden Hallen können Tagesschlachtungen von 4000 Schweinen bewältigt werden. Der dem großen Schweineschlachthause an der Nordseite angefügte Anbau dient Zwecken der Fleischbeschau. An weiteren Baulichkeiten sind vorhanden: ein Gebäude zur Bereitung des Milleniumlichtes, ein Dienstgebäude für die Fleischbeschau, zwei Spülhäuser, drei Stallungen für 1500 Schweine und ein Kesselhaus. Dieses ist seit April 1927 außer Betrieb gesetzt, da der Schlachthof dem Fernheizwerk angeschlossen ist.

Der *Pferdeschlachthof* liegt für sich gesondert neben dem Viehhof Sternschanze. Es können 90 Pferde an einem Tage geschlachtet werden. Weiter sind ein Spülhaus mit Dungentleerungsstätte und ein Unterkunftsraum für Schlachtpferde vorhanden.

Die Schlachthof- und Viehmarktanlagen sind durchweg mit undurchlässigem Pflaster versehen. Die Viehmärkte haben elektrische Beleuchtung, desgleichen der Zentralschlachthof bis auf die Schlachthallen, die Millenniumgasbeleuchtung besitzen. Außer den angegebenen Betriebsgebäuden befinden sich in den Anlagen noch Verwaltungsräume, Notschlachthäuser, Viehwagen, Futterschuppen und die sonst noch erforderlichen Nebenräume in hinreichender Zahl.

Die *Seequarantäneanstalt (Kontumazhof)* befindet sich in der Nähe des Schlachthofes an der Bahnanlage, die den Sternschanzenbahnhof mit dem Zentralviehmarkt verbindet. Der Kontumazhof ist durch einen Pallisadengang mit dem Schlachthof verbun-



Abb. 2. Viehversand vom Zentralviehmarkt

den. Er hat eine Grundfläche von 9000 qm und eine Laderampe von 130 m Länge. Die Anlage war ursprünglich für die Aufnahme von seucheverdächtigen Viehtransporten erbaut worden, wurde dann aber seit 1895 als Quarantäneanstalt für seewärts eingeführte Rinder benutzt. An Baulichkeiten sind vorhanden: zwei massive Stallungen und ein Schuppen aus Fachwerk, die 900 Rinder aufnehmen können, ferner vier Wägehäuschen mit je einer Viehwaage und ein Notschlachthaus. Der Seequarantäneanstalt wurden im Jahre 1927 wöchentlich durchschnittlich 966 dänische Rinder zugeführt.

Mit den Schlachthofanlagen stehen folgende Einrichtungen in Verbindung:

Die am 1. Oktober 1912 errichtete *Freibank,* auf der das von der Fleischbeschau als minderwertig und bedingt tauglich befundene Fleisch verwertet wird. Die Verkaufsräume befinden sich in einem auf dem Schweineschlachthof an der Seite der Lagerstraße gelegenen Gebäude, in dem vor Errichtung der Freibank eine Fleischkochanstalt betrieben wurde. Die Freibank wird unter Aufsicht der Schlachthof- und Viehmarktverwaltung durch die Freibank G. m. b. H. verwaltet, deren Mitglieder sich aus Vertretern der Viehversicherungsgesellschaften, Viehkommissionären, der Geschäftsstelle der Landwirtschaftskammer für die Provinz Schleswig-Holstein und Vertretern der Schlachterinnung zusammengesetzt. Im Jahre 1927 wurden 210669 kg minderwertiges Fleisch und 28938 kg bedingt taugliches Fleisch auf der Freibank abgesetzt.

Die *Talgschmelze* an der Kampstraße, östlich vom Schlachthof gelegen, ist auf Kosten des Hamburger Staates von der Schlachterinnung erbaut. Das Grundstück umfaßt einen Flächenraum von rund 3000 qm. Die Schmelze ist verpflichtet, den gesamten auf dem Schlachthof gewonnenen Talg, soweit er unverdorben angeboten wird, zur Verarbeitung anzunehmen. Im Jahre 1927 wurde 1666735 kg Rohtalg vom Schlachthof an die Schmelze des Zentralschlachthofes eingeliefert. Mit der Schmelze ist eine Margarinefabrik verbunden.

Das *Kühlhaus,* östlich von der Talgschmelze gelegen, hat einen Flächenraum von 8000 qm und ist an die Gesellschaft für Markt- und Kühlhallen verpachtet. Das Kühlhaus dient neben der Einlagerung von frischem und Gefrierfleisch der Aufstapelung anderer Lebensmittel, wie Eier, Wild, Geflügel, Fischen.

Eine eingehende Beschreibung der Schlachthof- und Viehmarktanlagen sowie eine Darlegung der wirtschaftlichen Bedeutung der Viehmärkte und des Zentralschlachthofes findet sich in dem vom Berichterstatter verfaßten Druckheft „Hamburgs Viehmärkte und Zentralschlachthof“, das im Bureau der Schlachthof- und Viehmarktverwaltung, Kampstraße 46, erhältlich ist.



Abb. 3. Triftweg auf dem Viehhof Sternschanze



Lageplan der Gesamt-Anlagen

A. Viehhof Sternschanze (Schweine und Kälber); B. Zentral-Schlachthof; C. Zentral-Viehmarkt (Rinder und Schafe); D. Kontumazhof (Quarantäne); E. Erweiterung (Schweine-Schlachthof); J. Talgschmelze; K. Kühlhaus.

DIE SCHMELZE DES ZENTRAL-SCHLACHTHOFES IN HAMBURG

VON A. KÖSTER

DIE Schmelze des Zentral-Schlachthofes in Hamburg ist ein gemeinnütziges Unternehmen, das auf ein über hundertjähriges Bestehen zurückblicken kann. Die vorhandenen ältesten Bücher beginnen im Jahre 1805 bereits mit einem Vortrag. Die Schmelze war von jeher mit dem Schlachthofe verbunden.

Zu damaligen Zeiten der Zunft arbeitete die Talgschmelze für gemeinschaftliche Rechnung der der Zunft angehörigen Hamburger Schlachtermeister unter Aufsicht des Patronats des Staates. Der gewonnene Rohtalg, soweit er nicht zum eigenen Betriebe der Schlachter, damals Knochenhauer benannt, erforderlich war, wurde für gemeinschaftliche Rechnung ausgeschmolzen und verkauft, hauptsächlich für die Herstellung von Talglichtern.

Bei Einführung der Gewerbefreiheit im Jahre 1864, die die Zunftprivilegien aufhob, traten die Schlachter Hamburgs sofort wieder zu einer freien Vereinigung zusammen und führten das gemeinnützige Unternehmen ohne Zwang und ohne Aufsicht der Behörden weiter. Die Schmelze versuchte schon damals, den Erfordernissen einer besseren Verwendungsart des Talges für Speisezwecke gerecht zu werden. Aber erst nach Ausführung eines völligen staatlichen Neubaues im Jahre 1892 konnte sie die Führung in der rationellen Fettgewinnung und -verwertung in Deutschland wieder übernehmen, wobei sie zunächst ihre Talgfabrikate andern Fabriken in Deutschland und im Auslande zur Verarbeitung auf Margarine zur Verfügung stellte. Da sich jedoch sehr bald Schwierigkeiten in dem regelmäßigen, geordneten Absatz ihres Feintalges bei den damals vorhandenen wenigen deutschen Margarinefabriken ergaben, sah sich die Schmelze veranlaßt, auch die Herstellung der Margarine durch die staatliche Erbauung einer erstklassigen, modernen Margarinefabrik selbst in die Hand zu nehmen. Auch dieses gemeinnützige Unternehmen nahm von Jahr zu Jahr rasch an Umfang zu, da es wegen der Güte seiner Ware, die zum größten Teil aus den eigenen frischen Schmelzungen hergestellt wurde, den Wettbewerb mit den übrigen Margarinewerken, die auf Zufuhren in- und ausländischer Rohware angewiesen waren, leicht aufnehmen konnte. Die Schmelze stellt Premierjus, Oleo, Stearin, Speisetalg, Kunstspeisefett, Schmalz und Margarine hauptsächlich aus den Schmelzungen von Rohtalg und Flomen her, die bei Schlachtungen auf dem Zentral-Schlachthof gewonnen werden und hier einer peinlichen sanitären Kontrolle unterliegen. Nicht einwandfreies Rohmaterial darf die Schmelze weder annehmen noch ausschmelzen. Solches bleibt im Besitz und zur weiteren Verfügung der Schlachthof-Verwaltung. Wer in Hamburg, Altona und Umgegend ansässig ist und auf dem Zentral-Schlachthof zu Hamburg schlachtet, ist berechtigt, seinen auf demselben produzierten Talg an die Schmelze abzuliefern. Eine Verpflichtung dazu besteht nicht. Der Einlieferer bekommt das Endergebnis der vierteljährlichen Ausbeute seiner Einlieferungen nach Abzug der Kosten voll ausbezahlt. Damit erlöschen gleichzeitig alle eventuellen gegenseitigen Verpflichtungen.



Schmelze

Der hamburgische Staat ist an dem Umsatz der Schmelze durch eine an ihn zu zahlende Schmelzgebühr beteiligt, und steht die Schmelze, da Grund und Boden, Baulichkeiten und feste Einrichtungen Eigentum des Staates sind, auch mit ihren wirtschaftlichen Einrichtungen und Geschäftsgebaren unter der Oberaufsicht des Staates.

Die Zahl der Einlieferer von Rohware beträgt gegenwärtig über 1000, die mehr

oder weniger täglich einliefern. Ebensowenig wie die Kriegswirren vor hundert Jahren oder die damalige Herrschaft der Franzosen in Hamburg die Schmelze zum Stillstand brachten, ist dieses im Weltkrieg der Fall gewesen. Im Gegenteil ist die Schmelze, wenn auch unter ganz andern Bedingungen und in anderer Art als in Friedenszeiten, mehr als beschäftigt gewesen, und zwar in der Hauptsache neben den Schmelzungen für Kriegsausschüsse, Kommunen usw. durch Herstellung von Streichfetten für die Feldtruppe, da der größte Teil der staatlichen Anlagen damals als Militärbetriebsstelle der stellvertretenden Intendantur des IX. Armeekorps in Anspruch genommen war. Neben der Oberaufsicht des Staates und der Aufsicht eines von der hiesigen Schlachter-Innung gewählten Ausschusses von fünf Personen liegt die Leitung der Schmelze in den Händen eines Direktors. Ihm werden die Waren zur bestmöglichen Verarbeitung und Veräußerung übergeben und liegt die Verarbeitung, Verwertung und die Verrechnung mit den einzelnen Ablieferern in seiner Hand.



Margarinewerke

Dem wirtschaftlichen Aufschwung, den Hamburgs Handel und Schiffahrt seit Mitte der achtziger Jahre genommen, ist die Schmelze als echt hamburgisches gemeinnütziges Unternehmen trotz aller Gegenströmungen stets in großzügiger Weise gefolgt, so daß dieses Hamburger Werk als mustergültig und tonangebend für Deutschland angesehen werden kann.

HAMBURG ALS BEDEUTENDSTER EINFUHRPLATZ FÜR GEFRIERFLEISCH

VON DR. MED. VET. E. KALLERT, HAMBURG

DAS Gefrierfleisch war vor dem Krieg vom deutschen Markt ausgeschaltet, weil seine Einfuhr durch Bestimmungen des Reichsfleischbeschaugesetzes technisch unmöglich gemacht war. Als kurz nach Kriegsausbruch unter dem Druck der drohenden Not die gesetzliche Schranke fiel, konnte infolge der feindlichen Absperrung kein Gefrierfleisch eingeführt werden. Dagegen wurde in Deutschland selbst Gefrierfleisch in großem Umfang aus einheimischen Rindern und Schweinen hergestellt und in den Kühlhäusern aufgestapelt. Nur mittels der damals geschaffenen und ständig ergänzten Gefrierfleischbestände ließ sich die strenge Rationierung des Fleisches durchführen. Bald nach Abschluß des Waffenstillstandes erfolgten die ersten Zufuhren von ausländischem Gefrierfleisch, das meist aus den Heeresvorräten der Feinde stammte. Erst als diese Vorräte erschöpft waren, setzte die regelmäßige, unmittelbare Einfuhr von Gefrierfleisch ein und konnte sich vom Beginn des Jahres 1922 an, nachdem alle behördlichen Maßnahmen zur Regelung der Fleischversorgung endgültig aufgehoben waren, frei entfalten. In wenigen Jahren eroberte sich das Gefrierfleisch dank seiner vorzüglichen Qualität und seines niedrigen Preises einen wichtigen Platz in der Fleischversorgung Deutschlands. Besonders für die Großstädte und die Industriebezirke ist es zu einem unentbehrlichen Nahrungsmittel geworden. Einige Zahlen sollen die Entwicklung der Gefrierfleischeinfuhr und deren Bedeutung für die Ernährung Deutschlands dartun. Es wurden eingeführt in runden Ziffern

im Jahr	1922:	29	Millionen	Kilogr.	Gefrierfleisch
„	„ 1923:	56	„	„	„
„	„ 1924:	90	„	„	„
„	„ 1925:	123	„	„	„
„	„ 1926:	120	„	„	„
„	„ 1927:	120	„	„	„



Kühlhaus Union in Hamburg-Altona

Zu diesen Zahlen ist zu bemerken, daß die Menge Gefrierfleisch, die zollfrei eingeführt werden darf, seit dem 1. Oktober 1925 gesetzlich auf 120 Mill. Kilogramm festgesetzt ist, eine Steigerung des Verbrauches darüber hinaus, die sonst zweifellos eingetreten wäre, also nicht möglich war. Die Beschränkung der Einfuhr wurde auf Verlangen der landwirtschaftlichen Kreise vorgenommen, die in dem Gefrierfleisch einen unliebsamen Konkurrenten für das heimische Frischfleisch sehen. Das Bestreben der Landwirtschaft ist auf weitere Drosselung und völlige Unterbindung der Einfuhr, also auf Wiederherstellung des Vorkriegszustandes, gerichtet. In letzter Zeit ist es ihr gelungen, eine Herabsetzung der zollfrei zugelassenen Jahresmenge auf 50 Mill. Kilogramm durchzusetzen.

Der Anteil am Gesamtfleischverbrauch des deutschen Volkes, den das Gefrierfleisch deckt, ist nicht größer als 3,7 v. H. Diese Zahl könnte recht unbedeutend erscheinen, doch erhält man ein ganz anderes Bild, wenn man berücksichtigt, daß das Gefrierfleisch fast nur in den großen Städten bzw. in den Industriegebieten verbraucht wird und dort naturgemäß zu einem viel höheren Satz am Fleischverzehr beteiligt ist. So haben im vergangenen Jahr 83 Städte zusammen 74 v. H. der ganzen Einfuhrmenge verbraucht und davon wieder 21 Städte allein 60 v. H. Um einige Zahlen zu nennen: in Gelsenkirchen machte der Anteil des Gefrierfleisches am Gesamtfleischkonsum 28 v. H., in Aachen 27 v. H., in Essen 22 v. H., in Hamburg 20 v. H., in Bochum 17 v. H., in Köln 14 v. H., in Dresden 13 v. H., in München 9 und in Berlin 7,5 v. H. aus. Diese Zahlen erhöhen sich aber ganz wesentlich, wenn man den Verbrauch an Gefrierfleisch mit Rücksicht darauf, daß es fast ausschließlich aus Rindfleisch besteht, in Vergleich setzt mit dem gesamten Rindfleischkonsum. Dann erhält man Zahlen wie 68 v. H. für Gelsenkirchen, 64 v. H. für Aachen, 54 v. H. für Essen, 50 v. H. für Bochum, 36 v. H. für Köln und Hannover usw.

In den Städten kommt das Gefrierfleisch hauptsächlich den ärmeren Volksschichten zugute. Das beweisen z. B. aus Berlin vorliegende Zahlen, nach denen die Arbeiterviertel des Ostens und Nordens einen um das Vielfache höheren Gefrierfleischverbrauch haben als die wohlhabenderen westlichen Stadtteile. Bezeichnend ist ferner, daß diejenigen Städte, die im Gefrierfleischverbrauch an erster Stelle stehen, u. a. Gelsenkirchen, Aachen, Bochum, Essen, einen bedeutend unter dem Reichsdurchschnitt liegenden Gesamtfleischkonsum haben, ein Beweis dafür, daß nicht etwa der niedrige Preis des Gefrierfleisches zu einem über das Notwendige hinausgehenden Fleischverzehr verleitet, sondern daß sein starker Verbrauch einem tatsächlichen Bedarf kauf-



Gefrierfleischdampfer „Bayern“ der Hamburg-Amerika-Linie



Kühlleichter der Fleisch-Einfuhr-Gesellschaft, Hamburg

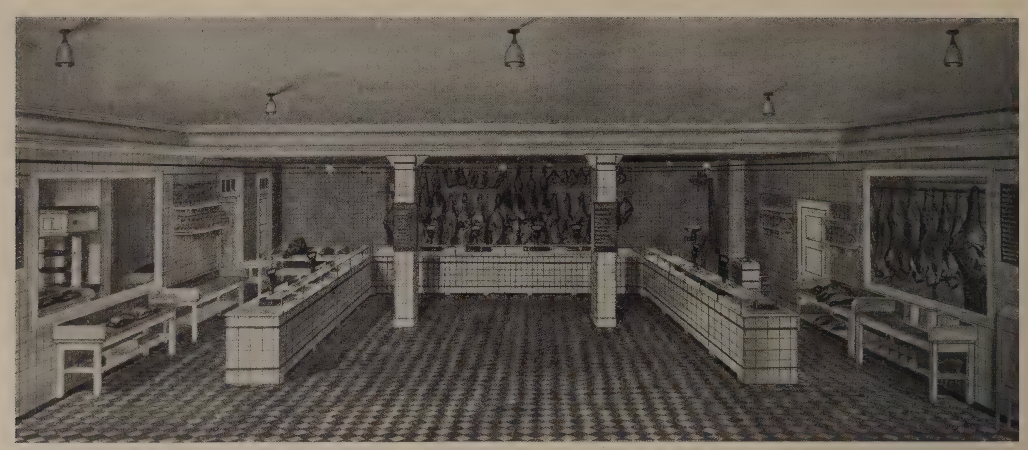
schwacher Volkskreise an gutem und gleichzeitig wohlfeilem Fleisch entspringt.

Für die Einfuhr des Gefrierfleisches, dieses nicht mehr zu entbehrenden Zuschusses zur heimischen Fleischerzeugung, besitzt Hamburg von allem Anfang an eine überragende Bedeutung. In den Hamburger Hafen liefen die ersten Schiffe mit Gefrierfleisch ein, über Hamburg nehmen rund vier Fünftel der ganzen Einfuhrmenge ihren Weg nach dem Binnenland. Folgende Zahlen geben, verglichen mit den eingangs genannten Einfuhrziffern, ein Bild von der beherrschenden Stellung, die Hamburg als Umschlagsplatz für das Gefrierfleisch einnimmt. Es wurden über Hamburg eingeführt

im Jahr 1922:	27	Millionen	Kilogr.	Gefrierfleisch
„ „ 1923:	45	„	„	„
„ „ 1924:	68	„	„	„
„ „ 1925:	76	„	„	„
„ „ 1926:	87	„	„	„
„ „ 1927:	100	„	„	„

Notwendige Voraussetzung für die glatte Bewältigung der rasch ansteigenden Gefrierfleischeinfuhr war die gleichzeitige Entwicklung aller erforderlichen technischen und kaufmännischen Einrich-

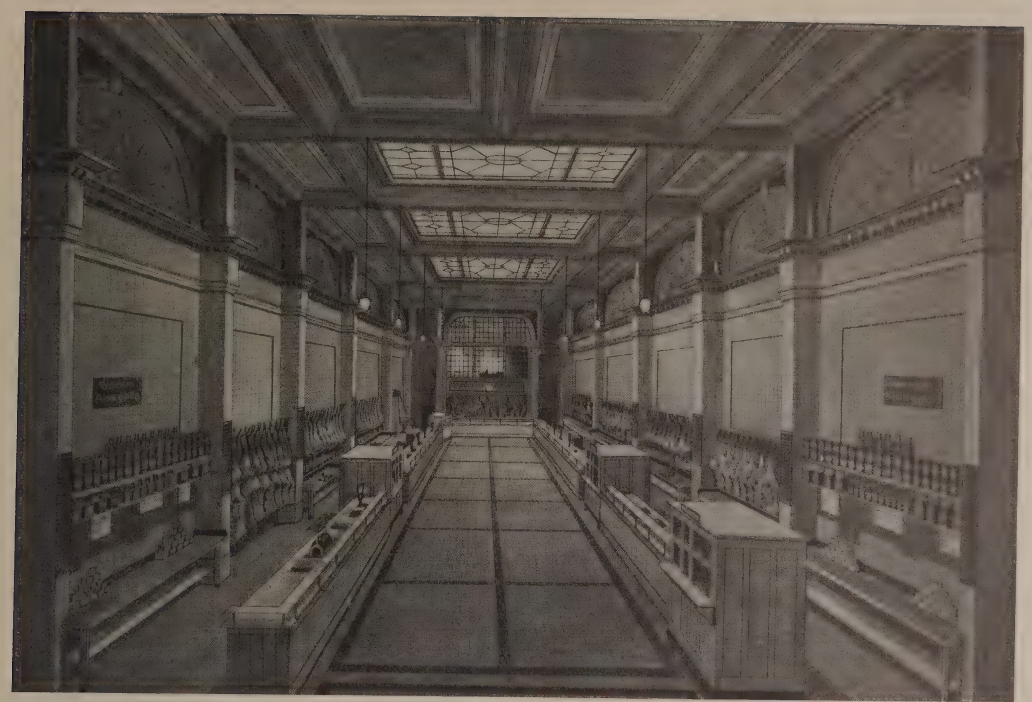
Gefrierfleischdampfer beim Löschen



Verkaufshalle Rosenstraße, Hamburg, der Gefrierfleisch-Verkaufshallen-Gesellschaft

tungen, eine Aufgabe, der sich der hamburgische Unternehmungsgeist voll gewachsen zeigte. Der Einfuhrhandel mit Gefrierfleisch benötigt besondere Hilfsmittel für den Transport über See, den Empfang und die Lagerung im Hafen und den Weiterversand nach dem Binnenland. Für den Transport des Fleisches von den überseeischen Erzeugungsgebieten nach Deutschland — fast ausschließlicher Lieferant ist Argentinien — ist man in der Hauptsache auf ausländische Schiffe, vor allem englische, angewiesen, denn während England als ältester und größter Verbraucher von Kühl- und Gefrierfleisch eine Flotte von 337 Kühlschiffen mit einem Fassungsvermögen von 700 Millionen Kilogramm Fleisch besitzt, verfügt Deutschland nur über fünf solcher Schiffe, die Eigentum der Hamburg-Amerika-Linie sind. Daß nicht längst genügend zahlreiche deutsche Spezialdampfer gebaut sind, hat seinen Grund in der unsicheren Lage, in der sich die Gefrierfleischeinfuhr in gesetzlicher Beziehung immer noch befindet. Die Schiffe sind mit maschinell gekühlten Laderäumen ausgerüstet, in denen das Fleisch während der ganzen, etwa drei Wochen dauernden Reise ständig bei einer Temperatur von 10 Grad Kälte gehalten wird. Zur Aufnahme des Fleisches stehen in Hamburg große Kühlhäuser bereit, in deren Lagerräumen das Fleisch ebenfalls bei 10 Grad Kälte aufgestapelt wird. Schon vor dem Krieg waren in Hamburg-Altona vier Kühlhäuser in Betrieb, zu denen in der Nachkriegszeit zwei weitere erbaut wurden, die beide an seetiefem Wasser liegen. In diesen sechs Kühlhäusern können rund 30 Millionen Kilogramm Gefrierfleisch eingelagert werden. Dem Weiterversand nach dem Inland dient ein Park von vielen hundert Kühlwaggons, die zum größten Teil Hamburger Importfirmen gehören. Es sind Eisenbahnwagen mit guter allseitiger Isolierung, in denen das gefrorene Fleisch nach allen Orten verschickt werden kann, ohne daß ein Auftauen oder Verderben desselben zu befürchten wäre. Eine Anzahl von Frachtkähnen mit gekühlten Laderäumen, sog. Kühlleichter, besorgen den Transport des Fleisches auf den großen Wasserstraßen.

Der Umschlag des Gefrierfleisches wickelt sich in Hamburg wie folgt ab: Aus den im Hafen eintreffenden Dampfern wird das Fleisch entweder unmittelbar in die am Wasser liegenden Kühlhäuser oder mit Lastwagen nach den andern Kühlhäusern verbracht und dort eingelagert, oder es wird sofort in die am Kai bereitstehenden Kühlwaggons bzw. in die neben den Dampfern anlegenden Kühlleichter verladen und nach dem Inland versandt. Die Löschung der Schiffe geschieht mit Hilfe großer, aus starken Tauen gefertigter Netze, die an Kranen hängend in die Laderäume der Schiffe versenkt, dort mit Fleisch vollgepackt, wieder hochgewunden und auf den Kai hinabgelassen werden. Gegen Verunreinigungen, die auf dem Transport und bei der Ein- und Auslagerung leicht eintreten können, ist das Gefrierfleisch durch Hüllen aus Mull und Jute geschützt. Außerdem unterliegt jedes Stück beim Übergang über die deutsche Zollgrenze einer durch beamtete Tierärzte ausgeführten Untersuchung, der sog. Auslandsfleischbeschau, auf einwandfreie Beschaffenheit. Zur Erleichterung des Handels sind sowohl in den Kühlhäusern Hamburgs wie in denen des Binnenlandes sog. Zollager eingerichtet worden, d. s. unter dem Verschluß der Zollbehörde stehende Lagerräume, in die unverzolltes und ununtersuchtes



Verkaufshalle Spielbudenplatz, Hamburg, der Gefrierfleisch-Verkaufshallen-Gesellschaft

Fleisch eingebracht werden kann, um je nach Bedarf wieder nach dem Ausland ausgeführt zu werden oder nach Abfertigung durch die Zollbehörde und Vollzug der tierärztlichen Untersuchung in den Inlandsverkehr zu gelangen.

Hamburg ist endlich der Hauptsitz derjenigen Firmen, die die unmittelbare Einfuhr des Gefrierfleisches aus Übersee in großem Maßstab betreiben und das Fleisch an den Groß- und Kleinhandel im Inland weiterleiten. In Hamburg hat auch die Organisation des Großhandels, der „Reichsverband des Deutschen Gefrierfleisch-Einfuhr- und Großhandels", ihre Geschäftsstelle. Mit dem hamburgischen Wirtschaftsleben ist die Gefrierfleischeinfuhr aufs engste verknüpft, denn sie bedeutet für die Schiffahrt, den Handel, die Kühlhäuser, zahlreiche Angestellte und Arbeiter eine laufende Beschäftigung. Von Hamburg nahm auch, wie hier aus historischem Interesse festgestellt sei, der großzügige Propagandafeldzug zur Aufklärung der Bevölkerung über den hohen Wert des Gefrierfleisches als Nahrungsmittel seinen Ausgang, der unter der Leitung des Direktors *P. Franzen* der Fleisch-Einfuhr-Gesellschaft, einer Hamburger Importfirma, in den Jahren 1922—24 mit Vorträgen, Probeessen, Filmvorführungen, Ausstellungen, Verteilung von Druckschriften usw. in ganz Deutschland durchgeführt wurde und einen vollen Erfolg brachte.

Zum Schluß sei darauf hingewiesen, daß Hamburg nicht nur in der Einfuhr, sondern auch in der Organisierung des Kleinverkaufs vorbildliche Leistungen aufzuzeigen hat. Der Kernpunkt des Gefrierfleischkleinverkaufs liegt bekanntlich darin, daß das Fleisch sachgemäß, d. h. langsam in ganzen Stücken, aufgetaut wird. Nur wenn diese Vorbedingung erfüllt ist, stellt das Gefrierfleisch ein dem Frischfleisch vollkommen gleichwertiges Nahrungsmittel dar. In Erkenntnis dieser Tatsache wurde bereits im Jahre 1924 eine Kleinverkaufsgesellschaft, die „Gefrierfleisch-Verkaufshallen-Gesellschaft", gegründet, die sich zur besonderen Aufgabe gemacht hat, das Gefrierfleisch in richtig aufgetautem Zustand an den Verbraucher abzugeben. Diese Gesellschaft unterhält in Hamburg sieben Verkaufsstellen, die zum Teil technisch wie hygienisch musterhaft eingerichtet sind und in erheblichem Maße dazu beigetragen haben, daß Hamburg nicht nur der weitaus wichtigste Einfuhrhafen, sondern auch einer der bedeutendsten Verbrauchsplätze für Gefrierfleisch geworden ist.

DIE KÜHLHÄUSER HAMBURGS

VON DIPL.-ING. W. POHLMANN

FÜR die Lebensmittelversorgung einer Großstadt ist die Konservierung der leichtverderblichen Nahrungsmittel durch Kälte unentbehrlich. Fleisch, Fische, Eier, Wild, Geflügel, Molkereiprodukte, Früchte und viele andere Lebensmittel, die teilweise aus fernen Ländern eingeführt werden, können nur deshalb billig und in ausreichender Menge auf den Markt kommen, weil die Kaltlagerung eine monatelange Aufbewahrung gestattet. Raum und Zeit werden durch die Kälte überwunden; Fleisch aus Argentinien und Australien, Eier aus China, Butter aus Sibirien, Geflügel aus Italien, Bananen aus Westindien, um nur einige Beispiele anzuführen, kommen zu uns und füllen unsere Kühlhäuser, um dann in beliebiger Jahreszeit dem Verbrauche zugeführt zu werden.

So sind die großen Kühlhäuser für die Volkswirtschaft außerordentlich wichtige Unternehmungen. Jede Großstadt besitzt heute Kühlhäuser, die vermietbare Kühlräume den einzelnen Firmen des Lebensmittelhandels zur Verfügung stellen. Oft ist mit dem Kühlhaus eine Eisfabrik verbunden, um in Eisform aufgespeicherte Kälte dem Lebensmittel-Kleinhandel zu liefern und so die verderblichen Waren weiter zu schützen, wenn sie die tiefgekühlten Räume des Kühlhauses verlassen haben. Die Kühlhäuser unserer Großstädte liegen größtenteils an den Verbrauchszentren, andere Kühlhäuser, besonders im Auslande, befinden sich am Orte der Produktion; zwischen diesen Kühlhäusern vermitteln Kühlschiffe oder gekühlte Eisenbahnwaggons den Transport der Lebensmittel. Zwischen dem Kühlhaus am Pro-

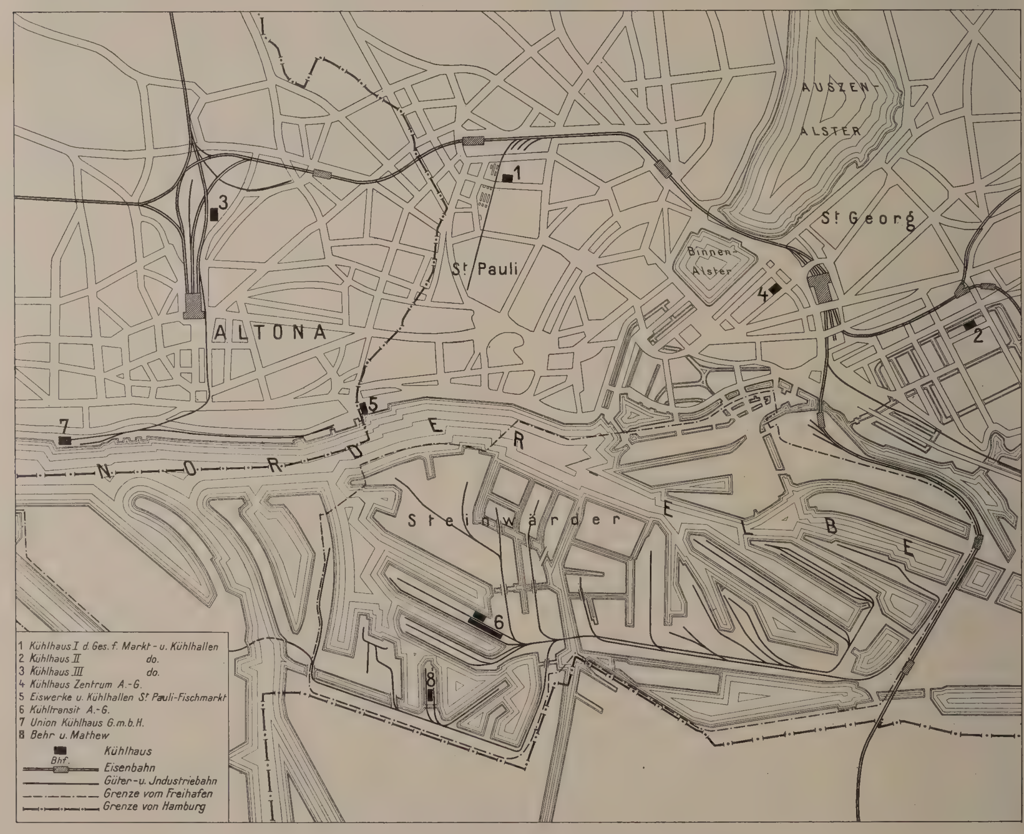


Abb. 1. Lageplan der Kühlhäuser in Hamburg und Altona

Abb. 2. Kühlhaus der Kühltransit A.-G., Landseite

Abb. 3. Kühlhaus der Kühltransit A.-G., Wasserseite

duktions- und am Verbraucherort im Binnenlande liegen in den großen Hafenstädten Transitkühlhäuer, in die die Überseedampfer ihre gekühlte Ladung löschen und aus denen diese in gekühlten Eisenbahnwaggons in das Binnenland weitergeleitet wird. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um das aus Südamerika eingeführte Gefrierfleisch.

Umgekehrt kommen auch aus dem Binnenland Waren, besonders Eier aus dem Osten, die zur Ausfuhr bestimmt sind und auf ihrem Wege in den Kühlhäusern der Hafenstädte zwischengelagert werden. Ferner benötigen gerade die Hafenstädte eine sehr große gekühlte Lagerfläche für den Fischhandel; kommen doch in Hamburg 100 000 halbe Tonnen Heringe jährlich zur Einlagerung. Aus alledem erhellt, daß sich die größten Kühlhäuser stets in den Hafenstädten befinden.

In Deutschland steht Hamburg hinsichtlich verfügbarer Kühlfläche und Größe der Kühlhäuser an erster Stelle. Zusammen mit Altona besitzt es acht große Kühlhäuser, von denen, wie ein Blick auf den Stadtplan (Abb. 1) zeigt, vier Stück direkt am Hafen liegen. Zwei Kühlhäuser, das der Kühltransit A.-G. und der Firma Behr & Mathew (Nr. 6 und 8 auf dem Stadtplan), liegen im Freihafengebiet und sind besonders für den Transitverkehr bestimmt.



Abb. 4. Kühlhaus der Eiswerke und Kühlhallen St.-Pauli-Fischmarkt

Im einzelnen besitzen Hamburg und Altona folgende Kühlhäuser (die Tabelle enthält außer der gekühlten Lagerfläche auch die tägliche Eisleistung und die Leistung der Kältemaschinen in Stundenkalorien):

Firma	Kühlfläche qm	Eis Zentner pro Tag	Leistung in Stundenkalorien
1. Gesellschaft für Markt- und Kühlhallen:			
Kühlhaus I, Kampstraße	7000	1500	1 200000
„ II, Jenischstr. .	7000	1500	1 000000
„ III, Altona . . .	8000	2700	1 400000
2. Kühlhaus Zentrum A.G., Rosenstraße	8300	1500	1 500000
3. Eiswerke und Kühlhallen St.-Pauli-Fischmarkt . .	3200	2000	900000
4. Kühltransit-A.-G. Freihafen, altes Kühlhaus. .	6200	—	450000
neues „ . .	4000	—	450000
5. Union Kühlhaus G.m.b.H., Altona-Neumühlen	10000	—	1000000
6. Behr & Mathew, Freihafen, Am Roßdamm .	14000	—	1 400000
Zusammen	67000	9200	9 300000

Zum Vergleich sei die in Berlin verfügbare Kühlfläche angegeben. Diese beträgt nur rd. 40 000 qm; dagegen ist die tägliche Eisleistung der Berliner Eisfabriken und Kühlhäuser entsprechend der größeren Einwohnerzahl Berlins eine größere, nämlich rund 33 000 Zentner.

In den letzten drei Jahren hat die in Hamburg-Altona verfügbare Kühlfläche sich durch Neubau von Kühlhäusern um fast 100 v. H. vermehrt; es ist z. Z. noch der Bau eines weiteren Kühlhauses nur für den Heringshandel im Freihafengebiet geplant. Durch diese schnelle und plötzliche Vermehrung ist in Hamburg ein Überangebot an Kühlräumen entstanden, zumal durch den Rückgang des Gefrierfleisch-Kontingents von 120 000 auf 50 000 Tonnen eines der wichtigsten Einlagegüter zurückgegangen ist. Jedenfalls besitzt Hamburg in seinen Kühlhäusern eine Lagerungsmöglichkeit, die den schärfsten Anforderungen des Nahrungsmittelhandels gerecht werden kann.

Die Abbildungen 2 bis 5 zeigen die Kühlhäuser der Kühltransit A.-G. und der Eiswerke und Kühlhallen St.-Pauli-Fischmarkt. Man erhält ein anschauliches Bild davon, um welche monumentalen



Abb. 5. Dampfer längsseits des Kühlhauses der Kühltransit A.-G.

Bauten es sich handelt und wie diese fensterlosen großen Gebäude architektonisch wirkungsvoll zu gestalten sind. Diese beiden Kühlhäuser liegen am Wasser. Das Kühlhaus der Eiswerke und Kühlhallen St.-Pauli-Fischmarkt ist für den Fischhandel bestimmt und liegt unmittelbar an den Fischmarkthallen. Hier lagern Heringe, weiter versorgt es die Fischdampfer mit Eis, das direkt in die längsseits liegenden Schiffe rutscht.

Das Kühlhaus der Kühltransit A.-G. im Freihafen (Abb. 2, 3 u. 5) dient hauptsächlich dem Durchgangsverkehr für Gefrierfleisch. Auch das Kühlhaus der Union Kühlhaus G. m. b. H. in Altona-Neumühlen, das ebenso wie das Kühlhaus von Behr & Mathew einer englischen Gesellschaft gehört, ist hauptsächlich für den Gefrierfleischverkehr und nebenbei für Eier bestimmt. Das Kühlhaus Zentrum hat eine zentrale Lage und als einziges Kühlhaus keinen direkten Wasser- oder Bahnanschluß. Es hat einen Teil an die Gefrierfleisch-Verkaufshallen-Gesellschaft vermietet, die hier eine mustergültige Einrichtung für sachgemäße Behandlung und Verkauf von Gefrierfleisch geschaffen hat; diese Gesellschaft besitzt in allen Stadtteilen Hamburgs derartige vorbildliche Verkaufsstellen. Die günstige Lage des Kühlhauses Zentrum sichert ihm viele Kunden aus den Kreisen der kleinen Nahrungsmittelhändler, die hier Kühlräume mieten.

Der Warenverkehr in den Kühlhäusern ist statistisch schwer zu erfassen, da er starken Schwankungen unterworfen ist. Genaue Zahlen hierüber fehlen leider. Es sind Riesenwerte, die hier lagern und vor dem Verderben geschützt werden. Deshalb sind auch die Kühlhäuser mit den modernsten technischen Einrichtungen ausgestattet und durch Reservemaschinen gegen jede Gefahr gesichert, die aus einem etwaigen Unfall an der Kühlanlage entstehen könnte.

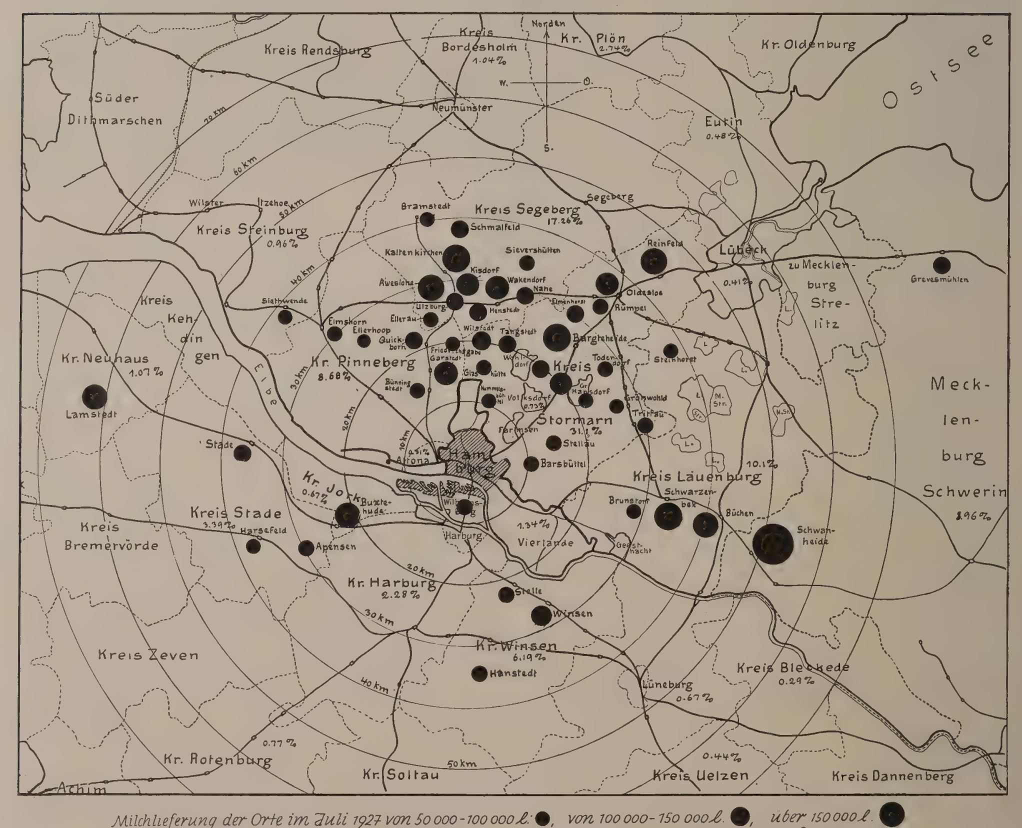
DIE MILCHVERSORGUNG DER STADT HAMBURG IM JAHRE 1926/27

VON VERWALTUNGSINSPEKTOR GRUPPE, GESUNDHEITSBEHÖRDE

Der Gesamtmilch*verbrauch* an Vollmilch im Stadtgebiet betrug nach Feststellung des Statistischen Landesamts im Winterhalbjahr 1926/27 48028555 l, im Sommerhalbjahr 56230344 l, Jahresmenge 104258899 l (vgl. Übersicht 2). Täglicher Verbrauch einer Person im Winterhalbjahr 0,248 l, im Sommerhalbjahr 0,286 l. Vergleichbare Zahlen aus der Vorkriegszeit liegen nicht vor; die letzte Vorkriegserhebung fand im Oktober 1910 statt. Trotz der Abweichung in der Jahreszeit ist jedoch festzustellen, daß der Sommerverbrauch 1927 noch um 23,9 v. H. hinter dem Vorkriegsverbrauch vom Oktober 1910 zurückblieb. Zum Teil erklärt sich dieser geringere Verbrauch durch die verminderte Zahl der Kinder gegenüber der Vorkriegszeit, da von 1910 bis 1925 die Altersklasse bis zu 15 Jahren um 24 v. H., die Altersklasse bis zu 10 Jahren sogar um 30 v. H. zurückgegangen ist.

Milchversorgungsgebiet der Stadt Hamburg 1926/27

Übersicht 1.



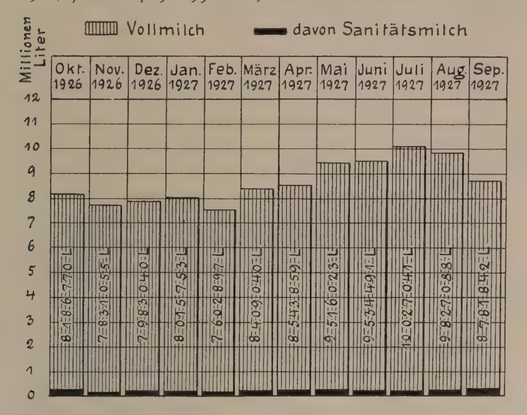
Milchlieferung der Orte im Juli 1927 von 50 000–100 000 l.: ●, von 100 000–150 000 l. ●, über 150 000 l. ●

- - - - Kreisgrenzen, ——□——□— Eisenbahnen *Kilometer* 10 5 0 10 20 30 40 50

Die konzentrischen Kreise geben die Entfernung der Lieferorte vom Mittelpunkte der Stadt (Rathaus) in der Luftlinie an. Weg- und Bahnstrecken sind natürlich bedeutend größer

Übersicht 2.

Gesamtmenge der im Stadtgebiet verbrauchten Milch im Jahre 1926/27 = 104 258 899 Liter, davon Sanitätsmilch 1 628 262



Von der insgesamt verbrauchten Milch wurden von auswärts eingeführt im Winterhalbjahr 47 747 675 l, im Sommerhalbjahr 56 063 495 l, zusammen 103 811 170 l.

Die Haupt-Milchversorgungsgebiete der Stadt Hamburg sind die Provinzen Schleswig-Holstein und Hannover. An der Lieferung waren beteiligt:

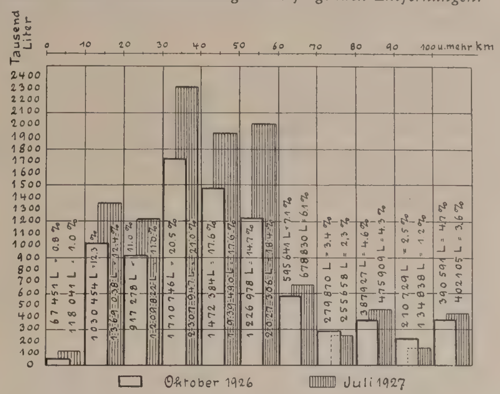
	im Okt. 1926 mit v. H.	im Juli 1927 mit v. H.
Provinz Schleswig-Holstein .	71,08	72,79
Provinz Hannover.	20,51	15,77
Mecklenburg-Schwerin. . . .	5,39	8.96
Hamburger Landgemeinden.	2,29	2,07
Hansestadt Lübeck	0,73	0,41
Zusammen . .	100,00	100,00

Der Hauptanteil der Milcheinfuhr gelangt an die Kleinhändler. Die durch die Kleinhändler von auswärts bezogene Milchmenge betrug im Jahre 1926/27 104 862 249 l (in dieser Summe ist außer der *verbrauchten* Frischmilch ein Teil der *verarbeiteten* Milch enthalten). Wegen der Verteilung dieser Menge auf die bei ihrer Heranschaffung benutzten Beförderungsmittel sowie wegen der Entfernung, aus der die Milch herangebracht wurde, vgl. die Übersichten 3 und 4.

Die Übersichten 1 und 3 zeigen, daß die hamburgische Bevölkerung den Vorzug genießt, schnell in den Besitz der Frischmilch zu gelangen, weil das Milchversorgungsgebiet dicht vor den Toren der Stadt liegt. Die Hauptmilchmenge braucht nur einen Weg bis zu 50 km zurückzulegen.

Übersicht 3.

Von der eingeführten Milch im Oktober 1926 und Juli 1927 kamen die nachstehenden Mengen aus folgenden Entfernungen:

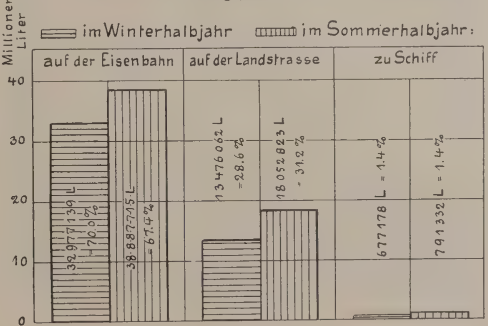


Für den Verkehr mit Milch sind maßgebend das Gesetz über den Verkehr mit Kuhmilch vom 28. Dezember 1914, in Kraft getreten am 1. Dezember 1926, und die Milchverkehrsordnung vom 30. Juli 1926. Diese Bestimmungen enthalten Vorschriften über Bezeichnungen, Beschaffenheit, Gewinnung und Behandlung der Milch sowie besondere Vorschriften für Vorzugsmilch (Kontrollmilch, Säuglingsmilch, Kindermilch, Kurmilch, Sanitätsmilch oder unter ähnlichen Bezeichnungen). Wenngleich die Menge Vorzugsmilch im Verhältnis zum Gesamtmilchverbrauch nur gering ist, wird ihr doch erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt, eben weil sie hauptsächlich für Kinder, Kranke und Schwache bestimmt ist.

Der Handel mit Milch ist von einer besonderen Erlaubnis abhängig, die durch die Polizeibehörde erteilt wird.

Übersicht 4.

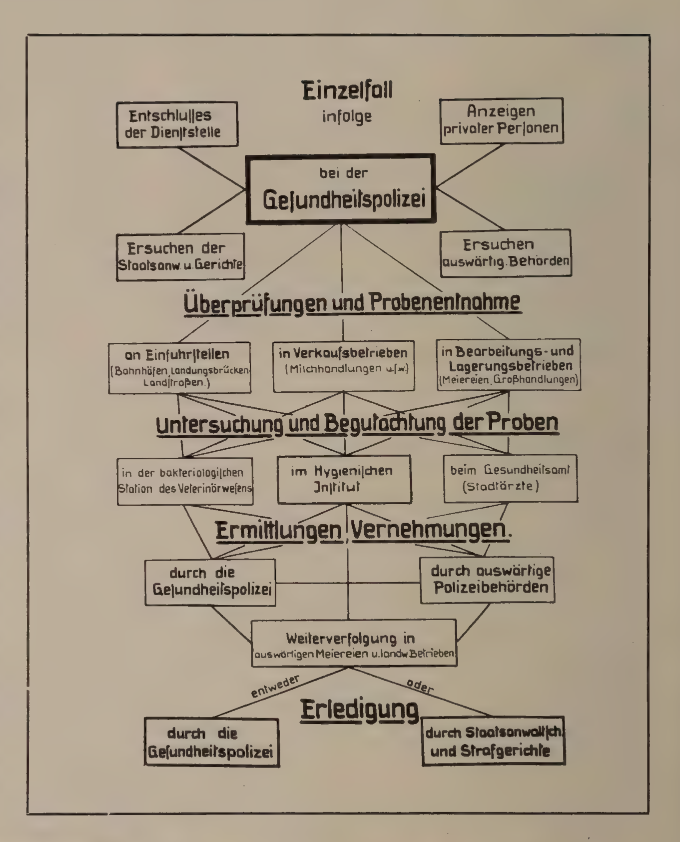
Von der durch die Kleinhändler bezogenen Milch wurden eingeführt:



HAMBURGS MILCHKONTROLLE

VON REGIERUNGSDIREKTOR DR. KÄHNE, POLIZEIBEHÖRDE

UNTER den Lebensmitteln nimmt die Milch infolge ihrer hervorragenden Bedeutung für die Volksernährung einen besonderen Platz ein. Die Aufsicht über den Verkehr mit Milch wird von der Polizeibehörde im Einvernehmen mit der Gesundheitsbehörde ausgeübt. Die hamburgische Milchversorgung liegt in den Händen der zugelassenen Einzelhändler. Milchzentralen sind hier nicht vorhanden. Die Aufsicht erstreckt sich auf insgesamt etwa 1400 Milchhandlungen. Seit dem 1. Dezember 1926 sind hier neue milchgesetzliche Bestimmungen in Geltung, die eingehende Vorschriften über die Gewinnung, Bezeichnung, Beschaffenheit und Behandlung der Milch enthalten. Besondere Vorschriften sind für den Vertrieb von Vorzugsmilch aufgestellt worden. Um die Überwachung des Verkehrs mit Milch zu vervollkommnen, ist hier vor kurzem ein für diesen Zweck besonders hergerichteter Kraftwagen in Dienst gestellt worden. Das Fahrzeug bietet Platz für sechs Beamte und enthält eine Laboratoriumseinrichtung, die es ermöglicht, die Milchproben sofort am Orte ihrer Entnahme chemisch zu untersuchen.







geöffnetes Laboratorium — *Kraftwagen für Milchkontrollzwecke* — *fahrbereit*

MILCHKONTROLLE DURCH DAS HYGIENISCHE STAATSINSTITUT

VON DR. F. E. NOTTBOHM

DIE Überwachung des Verkehrs mit Milch in einer Großstadt kann nur mit Erfolgen rechnen, wenn sie sich eng an die Eigenart der Milchversorgung selbst anschließt. Da die äußerst günstige Lage seines Produktionsgebietes es zuläßt, daß Hamburg sich in erster Linie auf die Belieferung mit Rohmilch stützen kann, müssen die Untersuchungsverfahren dieser Besonderheit Rechnung tragen.

a) ÜBERWACHUNG DER IM VERKEHR BEFINDLICHEN VOLLMILCH.

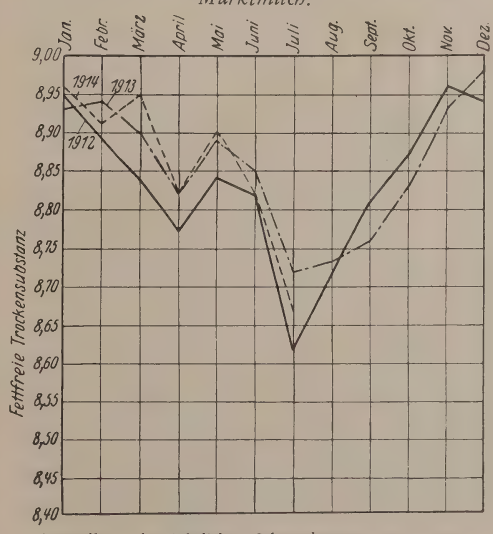
Zur Untersuchung gelangen im Monat etwa 1000 Proben. Erfreulicherweise nehmen die Verfälschungen immer mehr ab, so daß in einer Anzahl von Monaten kaum 3 v. H. aller Proben zu Beanstandungen Anlaß gaben. Ein großes Gewicht wird auf die Vollwertigkeit der Milch gelegt. Es hat sich nämlich im Laufe der Jahre gezeigt, daß die fettfreie Trockensubstanz, die im wesentlichen aus Eiweiß und Milchzucker besteht, gewissen jahreszeitlichen Schwankungen unterliegt, die sich besonders in den Hochsommermonaten Juli und August sehr ungünstig auf den Gesamtgehalt an diesen Stoffen und damit den Nährwert der Milch auswirken. Während der durchschnittliche Gehalt an fettfreier Trockensubstanz etwa 8,8 v. H. beträgt, liefern um diese Jahreszeit ganze Bestände nicht selten eine Milch, die kaum mehr als 8 v. H. aufweist. Die Ursache dieser Erscheinung ist in den Weideverhältnissen zu suchen. Offenbar sind die Tiere nicht imstande, aus dem um diese Zeit schon stark ausgenutzten Gras das nötige Eiweiß aufzunehmen, dessen die Milch zu ihrem Aufbau bedarf, und das außerdem noch zur Erhaltung der Lebenstätigkeit des Tieres benötigt wird. Ist beim Eintreten dieses Zustandes ein Umweiden nicht möglich, und können besondere Kraftfutterzulagen als Ausgleich nicht gereicht werden, so magern die Tiere stark ab, und die Milch nimmt immer mehr die Eigenschaften einer Hungermilch an. Der Verbraucher hat aber ein gutes Recht darauf, für sein Geld eine vollwertige Ware zu verlangen. Seit diese Vorgänge, die aufmerksame Landwirte schon lange gefühlsmäßig empfunden haben, aufgedeckt sind, wird alle Mühe darauf verwendet, durch Aufklärung dem Eintreten solcher Mangelerscheinungen entgegenzuwirken. Vielfach sind die Landwirte schon dazu übergegangen, ihren Weiden auch im Sommer durch intensiv wirkende Stickstoffgaben neue Kraft zuzuführen, bzw. dort, wo es möglich ist, den Tieren Kraftfutterbeigaben zu reichen.

Hinsichtlich der Höhe des Fettgehaltes hat das neue Milchgesetz keine Änderung gebracht; die Mindestanforderung beträgt immer noch 2,7 v. H. Die zuweilen ausgesprochene Befürchtung, daß bei Festlegung einer solchen Zahl die Gefahr einer allmählichen Annäherung der gesamten Marktmilch an diese Grenzzahl besteht, scheint für Hamburg bedeutungslos zu sein. Eine Nachprüfung des Durchschnittsfettgehaltes aller untersuchten Proben in den Monaten September bis Dezember 1927 lieferte folgende Werte:

September	3,26	v. H.
Oktober	3,28	v. H.
November	3,20	v. H.
Dezember	3,26	v. H.

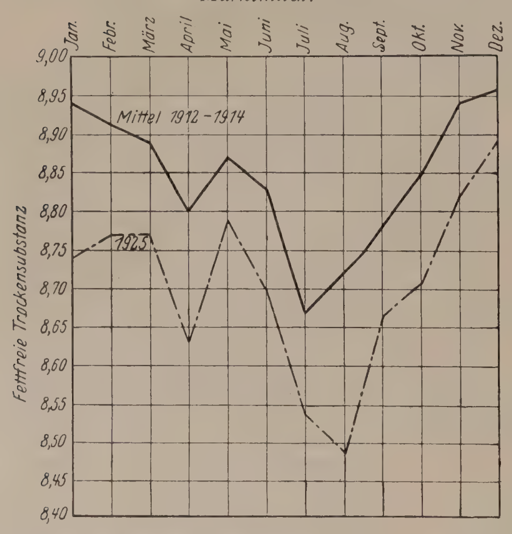
Da wir in unserem Lieferungsgebiet mit ausgesprochenen Niederungsschlägen zu rechnen haben, kann das Ergebnis auch die höchsten Erwartungen befriedigen. Eng verbunden mit der Überwachung des Milchverkehrs auf Vollwertigkeit ist bei einer

Fettfreie Trockensubstanz der Hamburger Marktmilch.



Darstellung der jährlichen Schwankungen 1912—1914

Fettfreie Trockensubstanz der Hamburger Marktmilch.



Vergleich der jährlichen Schwankungen 1912—1914 und 1925

überwiegenden Rohmilchversorgung die Ausschaltung der fehlerhaften und krankhaft veränderten Milch. Fast stets ist derartige Milch auch in ihrem Gehalt an Nährstoffen stark beeinträchtigt. Deshalb wird bei allen Proben, die bei den täglichen Feststellungen Abweichungen von der üblichen Zusammensetzung zeigen, auf das Vorhandensein von Stoffen gefahndet, die Störungen in der Drüsenfunktion bzw. im Allgemeinbefinden der Milchtiere erkennen lassen. Die angewendete Methodik beruht auf der Erkenntnis, daß überall da, wo solche Abweichungen von einer gesunden Milchbildung vorhanden sind, zur Erhaltung des osmotischen Druckes das Blut Serumstoffe einschiebt. Der Nachweis derartiger Stoffe ist durch ein im hiesigen Institut ausgearbeitetes Verfahren so erleichtert, daß seine Anwendung auf alle zur Einlieferung gelangenden Proben die Untersuchung kaum belastet.

b) ÜBERWACHUNG DES VERKEHRS MIT VORZUGSMILCH.

Als Vorzugsmilch, Kindermilch, Sanitätsmilch oder unter einer ähnlichen Bezeichnung, die auf besondere Vorzüge in gesundheitlicher Hinsicht gegenüber der im Verkehr befindlichen Vollmilch hinweist, darf nur solche Milch verkauft werden, die hinsichtlich ihrer Gewinnung und Behandlung den besonderen Vorschriften über Vorzugsmilch entspricht. Wenn diese Milchsorte auch der Menge nach kaum eine Rolle spielt, so bringt die Beaufsichtigung ihrer sachgemäßen Gewinnung und Behandlung so viel Arbeit mit sich, daß sie voraussichtlich sehr bald der sonstigen Milchkontrolle mit gleichen Ansprüchen zur Seite treten wird. Erschwerend wirkt der Umstand, daß die überwiegende Mehrzahl dieser Betriebe außerhalb des hamburgischen Staatsgebietes liegt, so daß bei ihrer Überwachung an Ort und Stelle stets die Mithilfe preußischer Behörden in Anspruch genommen werden muß. Die laufenden Untersuchungen erstrecken sich auf eine monatlich einmalige Kontrolle der im Verkehr befindlichen Kindermilch aus jedem einzelnen Betriebe. Hierbei wird der Prüfung der Milch auf fehlerhafte Zusammensetzung besondere Beachtung geschenkt. Sowie sich die geringsten Anzeichen bemerkbar machen, daß in einem Bestande sich Tiere mit fehlerhafter Milchsekretion befinden, gelangen Einzelproben von sämtlichen Kühen zur Untersuchung. Unabhängig hiervon wird, wie es schon vor Anerkennung eines Vorzugsmilchbetriebes geschieht, einmal im Jahre die Milch sämtlicher unter Kontrolle stehender Kühe einzeln geprüft. Da bei dieser Gelegenheit stets eine quantitative Milchzuckerbestimmung vorgenommen wird und die anderweitig notwendigen Prüfungen immer so weit durchgeführt werden, bis sich ein klarer Einbick in die Sekretionsverhältnisse ergeben hat, stellt die sachgemäße Durchführung der Überwachung derartiger Vorzugsmilchbetriebe schon bei einem Bestande von etwa 800 Kühen Anforderungen, die denen der allgemeinen Kontrolle kaum nachstehen.

TIERÄRZTLICHE MILCHKONTROLLE IN HAMBURG

VON OBERTIERARZT PROF. DR. GLAGE

DIE tierärztliche Untersuchung von Milch auf gesunde Beschaffenheit findet bei der Bakteriologischen Station des Veterinärwesens statt. 1927 wurden von der Polizeibehörde 2472 Proben Handelsmilch eingeliefert. Hierunter waren 1420 Proben, die ohne Verdachtsgrund entnommen worden waren und von denen 121 beanstandet werden mußten; die übrigen dienten zur Nachprüfung der Beschaffenheit von Milch aus bereits beanstandeten Betrieben (sog. Verfolgproben).

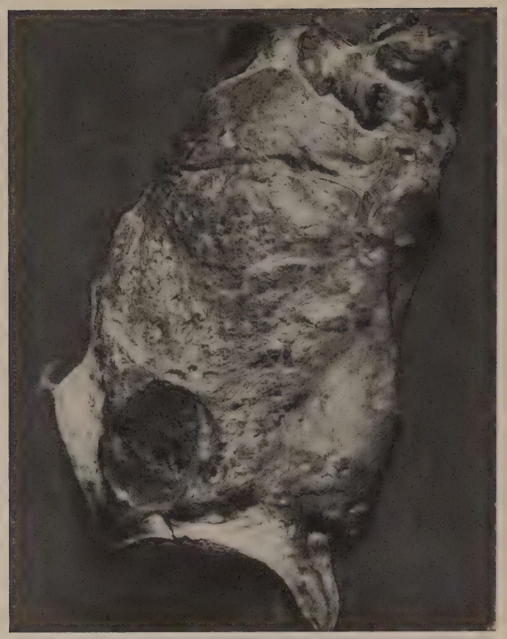
Krankhaft veränderte Milch ist gekennzeichnet durch eine erhebliche Abänderung der Mengenverhältnisse der stofflichen und zelligen Bestandteile, durch die Anwesenheit tierpathogener Bakterien oder durch das Vorhandensein von Fremdstoffen in der Euterabsonderung. Die quantitativen stofflichen Abweichungen bewegen sich in der Richtung, daß die spezifischen Erzeugnisse der Drüsenzellen wie Milchzucker, Käsestoff, Milchfett meist abnehmen, während die nicht spezifischen Bestandteile der Milch, wie Albumin, Chloride usw., zuzunehmen pflegen, so daß die Euterabsonderung in ihrer Zusammensetzung dem Blute ähnlicher wird. Die zelligen Bestandteile erfahren in kranker Milch oft eine erhebliche quantitative Vermehrung, vornehmlich die Rundzellen. Auch ausgesprochene Fremdstoffe in der Milch, wie freier Blutfarbstoff, Fibrin u. a., beweisen stets das Vorliegen krankhafter Vorgänge. In vielen Fällen läßt sich bei der erheblichen physiologischen Breite der normalen Milchabsonderung und der daher in weiten Grenzen schwankenden Zusammensetzung der gesunden Milch auf Grund des im Laboratorium gewonnenen Untersuchungsergebnisses nur der Verdacht auf eine krankhafte Beschaffenheit des Euters aussprechen. Zur endgültigen Entscheidung ist in diesen Fällen eine tierärztliche Untersuchung der Milchkühe nötig, vor allem nach Untersuchungen von Marktmilch, die als ein Gemenge von Milch vieler Kühe in weit geringerem Maße die Feststellung der gesunden Beschaffenheit gestattet als Einzel- oder Strichgemelke. Vollständige Sicherheit bietet für die Beurteilung der Milch nur der Nachweis der Krankheitserreger selbst oder ausgesprochener Fremdstoffe. Die bakteriologischen und biologischen Untersuchungen sowie die Zellanalysen haben somit neben der Beurteilung der stofflichen Zusammensetzung hervorragende Bedeutung.

Die meisten Beanstandungen der Marktmilch erfolgen wegen Nachweises von Eiterbeimischung. Dies erklärt sich dadurch, daß die durch einen eitrigen Katarrh der Milchausführungsgänge des Euters ausgezeichnete Galtseuche hauptsächlich in den großen Viehbeständen sehr verbreitet ist. In diesen Fällen wird dem Besitzer durch die Polizeibehörde die Auflage erteilt, die Milchlieferungen nach Hamburg so lange einzustellen, bis die kranken Kühe ermittelt und ausgeschieden sind. Da die Ermittlung frisch angesteckter Tiere oft nur durch die bakteriologische Untersuchung möglich ist, wird dem Viehhalter anheimgestellt, Einzelgemelke jeder Kuh zur Untersuchung einzusenden, und es werden ihm dann die krank befundenen Kühe bezeichnet, so daß die Sperre des Milchvertriebs in der Regel schnell aufgehoben werden kann. An Verfolgproben wird amtlich die Wirksamkeit der meist unter Aufsicht eines Tierarztes durchgeführten Sanierungsmaßnahmen kontrolliert. Dazu erhält der Besitzer durch die Bakteriologische Station sachdienliche Ratschläge.

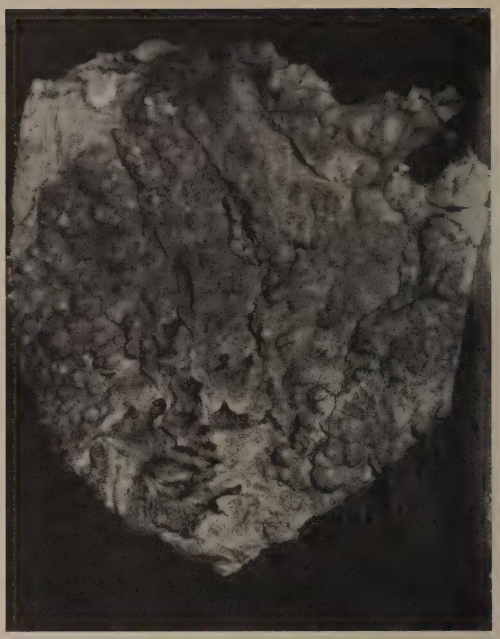
Häufig werden auch Tuberkelbazillen in der Milch gefunden, die in der Marktmilch nur durch den mehrere Wochen dauernden Tierversuch sicher nachgewiesen werden können. In diesen Fällen wird der Besitzer aufgefordert, sogleich alle tuberkuloseverdächtigen Tiere durch tierärztliche Untersuchung ermitteln zu lassen und ihre Milch vom Versand



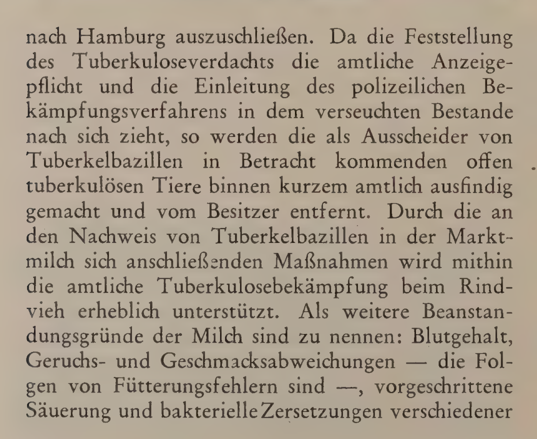
Kuh mit offener Tuberkulose



Tuberkulose eines Euterviertels



Tuberkulose des gesamten Euters



nach Hamburg auszuschließen. Da die Feststellung des Tuberkuloseverdachts die amtliche Anzeigepflicht und die Einleitung des polizeilichen Bekämpfungsverfahrens in dem verseuchten Bestande nach sich zieht, so werden die als Ausscheider von Tuberkelbazillen in Betracht kommenden offen tuberkulösen Tiere binnen kurzem amtlich ausfindig gemacht und vom Besitzer entfernt. Durch die an den Nachweis von Tuberkelbazillen in der Marktmilch sich anschließenden Maßnahmen wird mithin die amtliche Tuberkulosebekämpfung beim Rindvieh erheblich unterstützt. Als weitere Beanstandungsgründe der Milch sind zu nennen: Blutgehalt, Geruchs- und Geschmacksabweichungen — die Folgen von Fütterungsfehlern sind —, vorgeschrittene Säuerung und bakterielle Zersetzungen verschiedener Art sowie hoher Schmutzgehalt. Neuerdings wird auch dem Vorkommen von Erregern der Abortusseuche der Kühe in der Milch größere Aufmerksamkeit geschenkt. Ferner wird das Auftreten der in der hiesigen Gegend besonders gefürchteten, durch den Bazillus pyogenes veranlaßten Holsteinischen Euterseuche regelmäßig verfolgt, wenn sie auch vornehmlich nur bei trockenstehenden Kühen vorkommt.

Die Vorzugsmilch unterliegt einer verschärften Kontrolle nach Maßgabe der amtlichen Vorschriften der Milchverkehrsordnung vom 30. Juli 1926.

Das Staatsgut Farmsen wird als Versuchsfeld herangezogen, um die milchhygienisch wichtigen Seuchen und Euterkrankheiten zu studieren und die zur Bekämpfung empfohlenen Methoden zu erproben.

DIE MOLKEREI „PRODUKTION“ IN SCHWANHEIDE (MECKLENBURG)

DIE Hamburger „Produktion“, die die größte deutsche Konsumgenossenschaft ist, hat nacheinander wichtige Gebiete der Lebensmittelversorgung in Bewirtschaftung genommen. Sie verfügt heute über drei eigene große Bäckereien, über eine Schlachterei, eine chemisch-technische Fabrik, eine Mühle, zwei Molkereien und zahlreiche andere Betriebe.

Ein besonders schwieriges Gebiet war die Versorgung der fortgesetzt zahlreicher werdenden Mitgliedschaft mit guter, einwandfreier Milch. Diese Aufgabe konnte erst nach der Inflation durch die Errichtung eines großen modernen Molkereibetriebes auf dem Landgute der Genossenschaft in Schwanheide in Mecklenburg gelöst werden. Dieser Betrieb ist mit den modernsten Maschinen ausgestattet. Der Milchbezug geschieht aus der Umgegend bis zu einer Entfernung von 25 Kilometern. Schwanheide liegt an der Hamburg—Berliner Eisenbahnstrecke, so daß jederzeit eine bequeme Verbindung mit Hamburg aufrechterhalten werden kann.

Die in der Molkerei angelieferte Milch wird einer genauen Kontrolle unterworfen und nach der Untersuchung im Laboratorium mittels Pumpen in den vollständig abgesonderten Milchbearbeitungsraum befördert. Dort passiert sie zuerst einen Reinigungsseparator, durch den sämtlicher Schmutz entfernt wird. Die Entfernung des Schmutzes ist bei den leider noch immer rückständigen Wirtschaftsmethoden der meisten Bauern vom Standpunkte der Hygiene unerläßlich, wird aber bisher noch lange nicht überall durchgeführt. Besonders Hamburg leidet darunter, daß noch ein erheblicher Teil der zum Verbrauch gelangenden Milch sogenannte Stallmilch ist. Nach der Reinigung wird die Milch mittels eines Berieselungserhitzers auf 63 Grad erwärmt. Vom Erhitzer kommt sie in einen Dauererhitzungsapparat, in dem sie während einer halben Stunde auf 63 Grad gehalten wird. Nach dem neuesten Stand der Wissenschaft ist die früher allgemein geübte Erhitzung auf 83 Grad zu verwerfen, weil dadurch auch wertvolle Bestandteile der Milch vernichtet werden. Bei einer halbstündigen Erwärmung auf 63 Grad wird jedoch der Charakter roher Milch durchaus gewahrt, unter gleichzeitiger Abtötung schädlicher oder gefährlicher Keime. Danach wird die Milch über einen Berieselungskühler geleitet und auf 3 Grad abgekühlt. Bis zum Versand wird sie in einem isolierten Kühlraum aufbewahrt, in dem Behälter, die je 4000 Liter fassen und mit Propeller-



Molkereineubau



Flaschenspül- und Füllmaschine (Gesamtansicht)



Flaschenfüller

rührwerk zur Vermeidung der Aufrahmung versehen sind, stehen. Aus dem Kühlraum gelangt die Milch in den Abfüllraum, in dem eine kombinierte Maschine zum Flaschenspülen und -füllen aufgestellt ist. In der Spülmaschine werden die Flaschen bürstenlos gereinigt und mehrmals mit frischem Brunnenwasser unter hohem Druck nachgespült. Die so gereinigten Flaschen wandern selbsttätig zur Füllmaschine, wo sie mit Milch gefüllt und durch eine Pappscheibe verschlossen werden. Der Verschluß trägt den Tagesstempel, so daß die Verbraucher jederzeit selbst nachkontrollieren können, ob die Milch frisch ist. Auf eine derartige Kontrolle seitens der Verbraucher muß bei der ganzen Milchversorgung erhöhtes Gewicht gelegt werden. Der Vertrieb von Milch in Flaschen hat sich als die zweckmäßigste Form erwiesen. Sie verhindert eine Verschlechterung der sehr empfindlichen Ware auf dem Transport oder im Verkaufsraum durch Bakterien der Luft und macht eine Verfälschung durch mit dem Vertrieb beschäftigte Personen fast zur Unmöglichkeit. Es liegt daher im Interesse der Verbraucher, wenn immer mehr der Flaschenmilch der Vorzug gegeben wird.

Der Betrieb leistet stündlich 2800 Flaschen. Die Beförderung nach Hamburg geschieht in besonderen Kühlwaggons, die mit Eiskühlvorrichtung versehen sind. Das Eis wird von der Molkerei selbst erzeugt. Die auf diese Weise bearbeitete und an die Verbraucher gebrachte Milch bietet Gewähr dafür, ein gesundes und einwandfreies Nahrungsmittel zu sein. Dem Betrieb steht eine Dampfkesselanlage, an die eine 35-PS-Heißdampfmaschine angeschlossen ist, zur Erzeugung elektrischer Kraft zur Verfügung. Außerdem ist eine Kohlensäure-Eismaschine vorhanden, die eine Leistung von 35 000 Kalorien besitzt. Besondere Sorgfalt ist auf die Erlangung eines einwandfreien Brunnenwassers verwandt. Die Bohrung wurde bis zu 80 m vorgenommen und nach der Analyse einwandfreies Wasser gefunden. Das Bestreben der „Produktion", ein einwandfreies und gesundes Erzeugnis zu liefern, wird von immer weiteren Kreisen anerkannt, wie die wachsenden Umsätze beweisen:

1924	3,5	Millionen	Liter	Milch
1925	4,8	„	„	„
1926	6,6	„	„	„
1927	9,—	„	„	„

Damit ist die Genossenschaft zum bedeutendsten Faktor in der groß-hamburgischen Milchversorgung geworden.

Wie diese kurze Schilderung des modernsten Molkereibetriebes in Groß-Hamburg zeigt, hat sich die „Produktion" damit eine Anlage geschaffen, die als vorbildlich bezeichnet werden kann.



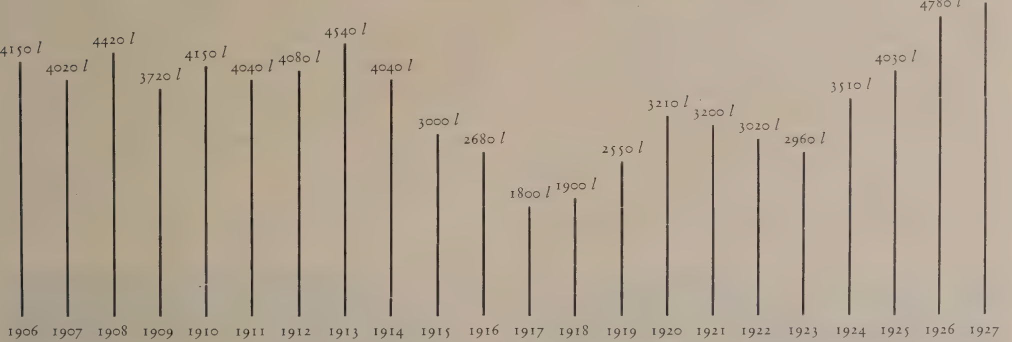
Flaschenspülmaschine

MILCHWIRTSCHAFT AUF DEM HAMBURGISCHEN STAATSGUTE FARMSEN

VON LANDWIRTSCHAFTSRAT K. STOLL

DIE Gewinnung von großen Mengen einwandfreier Milch ist eine der Hauptaufgaben des Gutsbetriebes in Farmsen. Diesem Zwecke dient eine 120 Kopf starke Kuhherde, die vornehmlich auf ostfriesischem Blute aufgebaut ist. Über die Leistungen dieser Herde gibt nachfolgende Darstellung ein klares Bild:

Durchschnittserträge pro Kuh und Jahr.

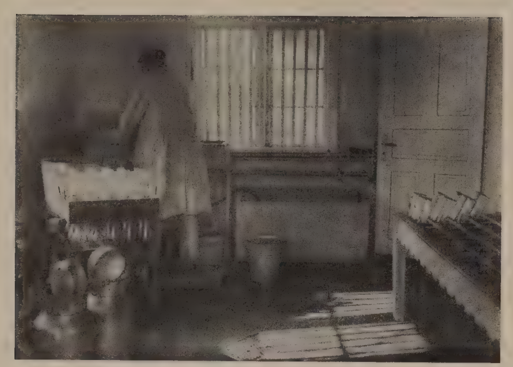


Zum Vergleiche sei erwähnt, daß der Reichsdurchschnitt pro Kuh und Jahr in Deutschland etwa 2000 Liter beträgt. Den Milchmengen entsprechend findet Einzelfütterung der Tiere nach Leistung statt. Neben dem in eigener Wirtschaft gewonnenen Erhaltungsfutter, aus Heu und Rüben bestehend, werden große Mengen eiweißhaltiger Kraftfuttermittel als Produktionsfutter hinzugekauft.

Ein Teil der Herde dient in einem Sonderstalle der Gewinnung von Kindermilch. Diese Tiere stehen unter besonders scharfer tierärztlicher Kontrolle und nehmen den Vorschriften der Gesundheitsbehörde entsprechend auch in der Fütterung eine Sonder-



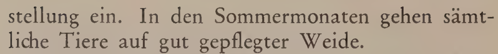
Kindermilchherde auf Weide



Milchflaschenspülraum



Großer Kuhstall



stellung ein. In den Sommermonaten gehen sämtliche Tiere auf gut gepflegter Weide.

Die gewonnene Milch findet in ihrer großen Masse in staatlichen Anstalten Verwendung.

Milchproben des Gesamtbestandes werden alle vier Wochen durch die Bakteriologische Station auf Streptokokken untersucht und außerdem finden auf dem Hofe selbst regelmäßige Feststellungen bezüglich des Fettgehaltes der Milch statt. Neuerdings findet außerdem der Chlorofunk-Apparat Anwendung zur Erkennung von fehlerhafter und krankhaft veränderter Milch.

Die Kuhkälber werden, soweit sie den gestellten Ansprüchen genügen, zur Ergänzung der Herde aufgezogen. Eingefriedigte Tummelplätze sorgen im Winter und ausgedehnte Weiden im Sommer für die erforderliche Bewegung der Tiere. Diese naturgemäße Haltung, vereint mit einer zweckmäßigen Fütterung, bietet Gewähr für einen gesunden, leistungsfähigen Nachwuchs.

Kuhkälber im Winterauslauf

VEREIN GESUNDE MILCH, E.V.

VON DR. M. VERSMANN UND DR. F. E. NOTTBOHM

1. GESICHTSPUNKTE ZUR GRÜNDUNG.

DIE überaus günstige Lage seines Produktionsgebietes hat Hamburg früher als andere Großstädte in die Lage versetzt, nach den Zeiten des Mangels seine Bevölkerung wieder mit ausreichenden Mengen einwandfreier Frischmilch zu versorgen. Sehr bald zeigte sich hier sogar, daß die geringe Kaufkraft der Bevölkerung einer restlosen Aufnahme dieses für die Volksernährung dringend benötigten Lebensmittels hindernd im Wege stand. Man konnte sich aber gleichzeitig auch des Eindrucks nicht erwehren, als ob infolge der trüben Erfahrungen in den überstandenen Jahren bei der großstädtischen Bevölkerung das alte Vertrauen zur Milchversorgung nicht recht wiederkehren wollte. Wohl konnten durch verschärfte polizeiliche Überwachung des Verkehrs mit Milch Verfälschungen und wahrnehmbare Verschmutzung der Handelsmilch stark eingeschränkt werden. Aber gegen äußerlich nicht hervortretende Mängel bei der Milchgewinnung und Milchbehandlung war mit behördlichen Maßnahmen auf Grund der zur Zeit geltenden Gesetze wenig auszurichten. Mit steigender Zufuhr ließ sich zwar ein geringer Druck auf die Güte ausüben, dem Grundübel aber, der mangelnden Einsicht, der Gedankenlosigkeit und Sorglosigkeit bei der Milchgewinnung, konnte damit nicht Einhalt getan werden. Um nach dieser Richtung hin Einfluß zu gewinnen und andererseits das Vertrauen der Bevölkerung in die Güte der Milch wiederherzustellen, erschien es ratsam, alle an der Milchversorgung der Großstadt beteiligten und interessierten Kreise zu gemeinsamer Arbeit zusammenzuführen. Die vielen Berührungspunkte, die zwischen Produzenten, Meiereien, Milchhandel und Verbrauchern vorliegen, boten hinreichende Aussichten für einen Zusammenschluß aller Beteiligten unter Führung der Gesundheitsbehörde. Ein Aufruf zu gemeinsamer Arbeit mit dem Ziel, den Milchverbrauch in der Bevölkerung zu heben und die Güte der Marktmilch auf eine Höhe zu bringen, wie es die derzeitigen Wirtschaftsverhältnisse nur irgendwie zulassen, fand nicht nur Bereitwilligkeit, sondern überall lebhafte und freudige Unterstützung. Damit war die Gründung einer entsprechenden Organisation, die sich den Namen „Verein gesunde Milch“ gab, zur Tatsache geworden. Schon die erste große Versammlung, die am 15. Dezember 1925 abgehalten wurde, fand in der Bevölkerung lebhaften Widerhall. Bei allen Teilnehmern wird sich der Eindruck geltend gemacht haben, daß die Schaffung einer derartigen Organisation zum Wohle der Hamburger Bevölkerung den Erwartungen weiter Bevölkerungskreise entsprochen hat.

2. AUFBAU.

Der Verein stützt sich in erster Linie auf die Beteiligung der an der Milchversorgung vorwiegend interessierten Verbände, nämlich

1. den Verein der Milchproduzenten von Hamburg und Umgegend,
2. den Verband der am Milchverkauf nach Hamburg beteiligten Meiereien,
3. den Verband norddeutscher Milchhändlervereine,
4. den Bund Hamburgischer Hausfrauen.

Seine Satzungen sind so gehalten, daß jedermann ohne große Förmlichkeiten und ohne nennenswerte Geldopfer — der Mitgliedsbeitrag beträgt 3 Rm. jährlich — sich an den Arbeiten des Vereins beteiligen kann. Daneben hat sich eine große Anzahl von kleineren Vereinen und Körperschaften mit einem Mindestbeitrag von 20 Rm. dem Verein angeschlossen.

Die finanzielle Grundlage für die notwendige Bewegungsfreiheit des Vereins ist in dankenswerter Weise von den unter 1—3 genannten Verbänden geschaffen worden, die auch weiterhin beträchtliche Zuschüsse zugesichert haben. Die monatlichen Beiträge dieser großen Organisationen wurden erfreulicherweise sofort in einer Höhe zur Verfügung gestellt, die eine umgehende Inangriffnahme der Vorarbeiten zu größeren Propagandamaßnahmen ermöglichen.

3. STELLUNG ZUM REICHSMILCHAUSSCHUSS.

Am 16. April 1926 wurde in Berlin seitens des Reichsministers für Ernährung und Landwirtschaft die konstituierende Sitzung des „Reichsausschusses zur Förderung des Milchverbrauchs“ (Reichsmilchausschuß) einberufen. Diese Organisation baut sich auf den gleichen Grundsätzen auf wie der Verein gesunde Milch in Hamburg. Seinem Aufruf zur Bildung von Landes- bzw. Provinzialausschüssen sind nahezu alle Länder gefolgt. Für Hamburg erübrigte sich eine Neugründung. Hier konnten die Befugnisse eines Landesausschusses des RMA. ohne

weiteres dem schon bestehenden Verein gesunde Milch übertragen werden.

4. *BISHERIGE BETÄTIGUNG.*

Dem Verein bot sich schon durch Beteiligung an der Reichsgesundheitswoche eine günstige Gelegenheit, sein Eintreten für vermehrten Milchverbrauch weiten Kreisen der Bevölkerung bekanntzugeben. Aus den Vorträgen, die gelegentlich dieser Woche von Vereinsmitgliedern gehalten wurden, entwickelte sich ein Vortragszyklus, der später auf Wunsch der Haushaltungslehrerinnen zusammengestellt wurde. Diese Vorträge bilden in ihrem Aufbau insofern eine Neuerung, als sich daran acht Vortragende beteiligt haben, von denen jeder auf seinem Gebiet über ganz besondere Fachkenntnisse verfügt. Sie umfaßten das ganze große Gebiet der Milch von der Gewinnung bis zum Verbrauch im Haushalt.

Wiederholt konnte sich der Verein auch sehr wirkungsvoll an Ausstellungen beteiligen und durch Ausgabe von Flugblättern, Aufrufen, Hausfrauenmerkblättern, Reklamemarken usw. die allgemeine Aufmerksamkeit auf seine Arbeit lenken.

Um das Gefühl der Zusammengehörigkeit unter seinen Mitgliedern zu stärken, leitet der Verein Besichtigungen von milchindustriellen Werken, von vorbildlichen milchwirtschaftlichen Betrieben, Melkerschulen usw. in die Wege, die stets eine rege Beteiligung und großen Anklang gefunden haben.

Die Zahl der von Vereinsmitgliedern gelieferten Aufsätze für die Fach- und Tagespresse ist außerordentlich groß. Sie haben nicht wenig dazu beigetragen, den Verein und seine Bestrebungen nicht nur in der Hamburger Bevölkerung, sondern weit darüber hinaus, ja vielfach sogar im Auslande bekannt werden zu lassen.



DIE DEUTSCHE HOCHSEEFISCHEREI UND DER CUXHAVENER FISCHMARKT

VON STAATL. FISCHEREIDIREKTOR H. LÜBBERT IN HAMBURG

DIE Hochseefischerei hat in der Wirtschaft jedes Seefischerei treibenden Landes eine Bedeutung, die weit über den materiellen Umfang des Gewerbes hinausgeht. Dafür sind in der Hauptsache drei Gründe maßgebend: zunächst bietet die Hochseefischerei die einzige Möglichkeit, um die in ungeheuren Mengen im Meere schwimmenden, mikroskopisch kleinen Pflanzen und niederen Tiere, die in letzter Linie den Fischen als Nahrung dienen, den Menschen nutzbar zu machen. Sodann bildet das Produkt der Hochseefischerei, das Seefischfleisch, ein Nahrungsmittel von großem Wert, das dem Warmblüterfleisch in bezug auf Eiweißgehalt durchaus gleichwertig ist und es in mancher Hinsicht, z. B. in bezug auf leichte Verdaulichkeit, Gehalt an Jod, an Phosphor, an Vitaminen übertrifft. Schließlich stellt das Hochseefischereigewerbe ungewöhnlich hohe Anforderungen an die körperliche Gewandtheit, den Mut und die Geistesgegenwart der Menschen, die in ihm arbeiten. Deswegen gilt die Hochseefischerei als die hohe Schule der Seemannschaft, und die Geschichte lehrt uns, daß nur diejenigen Nationen Seegeltung und Seemacht erringen konnten, die vorher große Seefischereien betrieben hatten.

Aus diesen Gründen hat man seit Jahrzehnten sich bemüht, die Entwicklung der deutschen Hochseefischerei nach Möglichkeit zu fördern. Aber erst als im Jahre 1884 der *Dampfer* Eingang in die deutsche Seefischerei fand, gelang es, den Vorsprung, den alle andern, auch die kleinsten nordeuropäischen Nationen auf diesem Gebiet vor Deutschland gewonnen hatten, in schnellerem Tempo einzuholen. Im Jahre 1925 waren die Fänge der von den nordeuropäischen Nationen betriebenen Seefischereien folgende:

Fänge der nordeuropäischen Seefischereien im Jahre 1925[1].

Großbritannien	1061000 tons	20777000 £
Norwegen	719000 „	4855000 „
Island	217000 „	1611000 „
Frankreich	212000 „	7029000 „
Deutschland	210000 „	2725000 „
Dänemark mit Färöer	114000 „	2220000 „
Übertrag...	2533000 tons	39217000 £

[1] Für spätere Jahre liegt die internationale Statistik noch nicht vor.



Abb. 1. Die neue Fischmarktanlage in Cuxhaven

Übertrag...	2533000 tons	39217000 £
Niederlande	108000 „	2593000 „
Schweden	71000 „	1461000 „
Belgien	16000 „	376000 „
Finnland	14000 „	312000 „
Lettland	11000 „	101000 „
Polen.............	1000 „	38000 „
Insgesamt ..	2754000 tons[1]	44098000 £[2]

Die von den nordeuropäischen Seefischereien gefangenen Fischarten sind sehr mannigfaltig; es kommen etwa 50 regelmäßig gefangene Arten in Betracht. Die meisten sind aber von keiner großen wirtschaftlichen Bedeutung, wie die folgende Zusammenstellung zeigt.

Verteilung der nordeuropäischen Seefischereifänge auf die wichtigsten Fischarten im Jahre 1925.

Hering	927813 tons
Kabeljau (Dorsch)...............	648826 „
Schellfisch	239276 „
Scholle	84576 „
Seehecht (Hechtdorsch)	84459 „
Seelachs (Köhler)	76727 „
Makrele........................	61766 „
Rochen	45505 „
Merlan (Wittling)	42305 „
etwa 40 weitere Arten zusammen ...	542747 „
Insgesamt .	2754000 tons

Der Hering spielt also von allen Fischarten in den nordeuropäischen Seefischereien die größte Rolle, eine noch größere allerdings die Familie der dorschartigen Fische (Kabeljau, Schellfisch, Seehecht, Seelachs, Merlan), von denen zusammen 1 092 593 t gefangen wurden. Alle andern Arten treten gegenüber dem Hering und den dorschartigen Fischen stark zurück.

Wie die vorstehenden Zahlen zeigen, ist es in den letzten vier Jahrzehnten gelungen, die deutsche Seefischerei auf eine achtunggebietende Höhe zu bringen. Die eigentliche Hochseefischerei wird heute nur von den deutschen Fischereihäfen an der Nordseeküste aus betrieben. Wesermünde, Cuxhaven, Altona, Hamburg, Bremerhaven und neuerdings auch Emden sind die Stützpunkte des Gewerbes.

Der Wunsch, der deutschen Hochseefischerei einen größeren Anteil als bisher im Wettbewerb der Nationen zu sichern, war das Hauptmotiv für die erst im Jahre 1908 erfolgte Gründung des Fischmarktes in Cuxhaven, den der Hamburgische Staat in diesem Jahre ins Leben rief und den die Führer der Cuxhavener Fischwirtschaft zu seiner heutigen Bedeutung entwickelt haben. Der Cuxhavener Fischmarkt stellt jetzt wohl die zweckmäßigste und geschlossenste Lösung einer Fischmarktanlage dar, die zur Zeit existiert. (Abb. 1.) In der kurzen Zeit von 20 Jahren, von denen fünf Kriegsjahre waren, ist es gelungen, den Cuxhavener Fischmarkt an die zweite Stelle der deutschen Fischmärkte hinter Wesermünde zu bringen. (Abb. 2 und 3.)

[1] 1 ton = 1000 kg.

[2] 44098000 £ = etwa 895 Millionen Reichsmark.

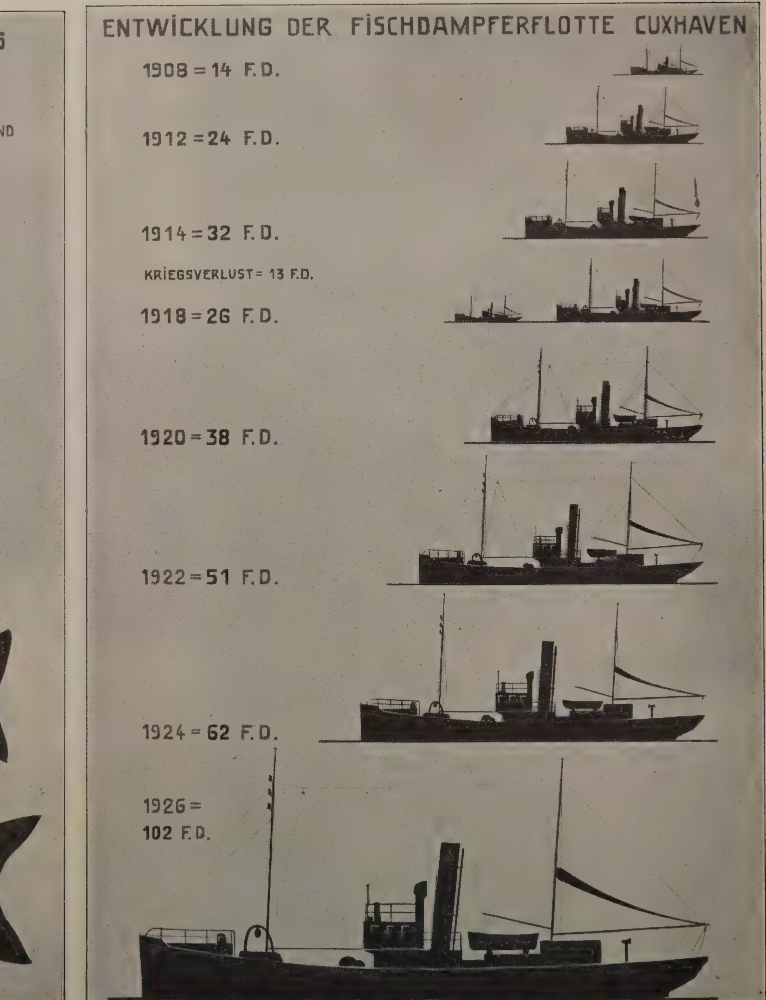


Abb. 2. Umsätze des Cuxhavener Fischmarktes

Abb. 3. Entwicklung der Cuxhavener Fischdampferflotte



Abb. 4. Finkenwärder Hochseefischer-Kutter, auf Hering fischend



Abb. 5. Hochsee- und Küstenfischer-Kutter mit Heringsfängen am Cuxhavener Fischmarkt

Abb. 6. Betriebsgebäude der Cuxhavener Hochseefischerei A. G.



Abb. 7. Netzflickerinnen in der Netzfabrik der Cuxhavener Hochseefischerei A. G.

Der Cuxhavener Fischmarkt wird versorgt durch die Fänge der Küstenfischereifahrzeuge, der Motor-Hochseefischereifahrzeuge und der Fischdampfer. Die Küstenfischereifahrzeuge beliefern den Markt im Sommer mit Garnelen, im Winter mit Heringen und Sprotten. Die Hochseefischereifahrzeuge fischen im Sommer auf Schollen, Seezungen und andere hochwertige Fische, im Winter bringen sie ungeheure Mengen von Sprott und Hering an den Cuxhavener Fischmarkt, von denen manchmal bis zu einer Million Pfund an einem Tage gelandet werden (Abb. 4 und 5). Weitaus den größten Teil der Anfuhren aber bringen die Fischdampfer. Außer der Hochseefischerei A. G. Trawe, die mit sechs großen Fischdampfern fischt, versorgt die Cuxhavener Hochseefischerei A. G., die heute über 84 Fischdampfer verfügt, den Markt mit Seefischen.

Eine solche große Hochseefischereigesellschaft braucht umfangreiche Landanlagen, da sie für alle Arbeiten, die für die Ausrüstung der Schiffe nötig sind, eigene Werkstätten unterhält. (Abb. 6.) In der großen Netzfabrik (Abb. 7 und 9) werden die mächtigen Grundschleppnetze hergestellt, in den Holzbearbeitungswerkstätten und in der Maschinenhalle werden die diesbezüglichen Arbeiten ausgeführt. Eine der wichtigsten Fabrikationen für einen Fischmarkt ist die Herstellung von Eis (Abb. 10); denn Eis wird nicht nur in großen Mengen an Bord der Fischdampfer verwendet, um die gleich nach dem Fang geschlachteten und ausgenommenen Fische frisch zu erhalten, sondern auch die Fischversandgeschäfte brauchen erhebliche Mengen von Eis für die Verpackung der in das Binnenland versandten Fische.

Die Fischdampfer befischen das ganze Jahr hindurch die Nordsee, die Gewässer rund um Island und das Barentsmeer vor der Küste von Nordnorwegen und vor der russischen Murmanküste. Aus der Nordsee kommen etwa 41 v. H., von Island etwa 40 v. H., aus dem Barentsmeer etwa 14 v. H. aller Fischdampferanlandungen, und nur 5 v. H. werden in andern Meeren gefangen. Die Fischdampfer benutzen zum Fang ausschließlich das Grundschleppnetz, einen riesigen Netzsack, der über den Meeresboden geschleppt wird und dabei die dort ihre Nahrung suchenden Fische aufnimmt. Die Fische werden sofort nach dem Fang geschlachtet, gereinigt und dann mit dem von zu Hause mitgenommenen kleingemahlenen Eis im Fischraum in schrankartige Fächer sorgfältig verpackt. Da die Fischdampfer Sommer und Winter, Tag und Nacht ihren Fang ausüben und auch die schwersten Stürme auf See abwettern müssen (Abb. 11), so ist der Dienst auf diesen Schiffen von 36 bis 44 m Länge sehr schwer und hart, somit die beste Schule der Seemannschaft.

Wenn die Fischdampfer nach Beendigung ihrer Fangreisen, die, wenn sie in die Nordsee gerichtet sind, durchschnittlich 10 bis 11 Tage, wenn sie nach den isländischen Gewässern ausgeführt werden, durchschnittlich 21 bis 22 Tage und, wenn man im Barentsmeer arbeitet, durchschnittlich 25 bis 26 Tage in Anspruch nehmen, in den Heimathafen wieder einlaufen, legen sie an den 900 m langen Auktionshallen (Abb. 1) an und werden während der Nacht von den Arbeitern der Fischmarktverwaltung entladen. Die an Land gebrachten Fische werden zu sogenannten Kavelingen von je 100 Pfund Gewicht abgewogen und in den Auktionshallen reihenweise in Kisten aufgestellt. Um 7 Uhr vormittags beginnt die öffentlich meistbietende Versteigerung der Fische (Abb. 8), in der die Fischversandgeschäfte und die fischverarbeitenden Industrien ihre Einkäufe machen. Sogleich nach Schluß der Auktion werden die gekauften Fische entweder in die Packräume der Fischversandgeschäfte (Abb. 12) gefahren oder aber in die Fischverarbeitungsfabriken gebracht.

Der Cuxhavener Fischmarkt ist Eigentum des Hamburgischen Staates. Der Betrieb wird ausgeführt durch die Fischmarkt Cuxhaven G. m. b. H., deren sämtliche Anteile dem Hamburgischen Staat gehören. Der Präses der Deputation für Handel, Schiffahrt und Gewerbe in Hamburg ist Vorsitzender, der Staatliche Fischereidirektor stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates. Seit Gründung des Cuxhavener Fischmarktes ist seine Verwaltung bemüht gewesen, im Betriebe die denkbar größte Ordnung und Sauberkeit walten zu lassen, damit auch den gesundheitlichen Anforderungen, deren Befolgung bei dem leichtverderblichen Nahrungsmittel von besonderer Bedeutung ist, nach Möglichkeit Genüge geschieht.



Abb. 8. Auktion in einer der Cuxhavener Fischhallen



Abb. 9. Netzfabrik der Cuxhavener Hochseefischerei A. G.



Abb. 10. Eisfabrikation der Cuxhavener Eiswerke A. G.

Abb. 11. Fischdampfer der Cuxhavener Hochseefischerei A. G. in der Nordsee



Abb. 12. Packraum einer Cuxhavener Seefischgroßhandlung

CUXHAVENS FISCHHANDEL UND FISCHINDUSTRIE

VON SIEGFRIED SCHNIBBEN, DIREKTOR DER DEUTSCHEN SEEFISCHHANDELS AKT.-GES., CUXHAVEN

FÜR die Anlage des Fischmarktes Cuxhaven im Jahre 1908 war einer der maßgebenden Gründe, daß an dem Hamburger Fischmarkt kein ausreichender Platz für eine weitere Entwicklung, besonders der Industrie, zur Verfügung stand.

Schon damals erkannte der Hamburger Fischereidirektor Hans *Lübbert* die wachsende Bedeutung des Fischhandels und der Fischindustrie, und seinem Weitblick, seiner Arbeit verdankt der Cuxhavener Fischmarkt seine Entstehung.

Maßgebend war ferner, daß man bestrebt sein mußte, die Transportdauer der empfindlichen Rohware vom Fangplatz bis zur Verarbeitung möglichst zu verkürzen, damit der Seefisch in frischestem Zustande zur Verarbeitung und Konservierung gelangte. Der Fischmarkt Cuxhaven erfüllt diese Forderung in idealer Weise.

Jeder Fischdampfer gelangt mindestens sechs bis acht Stunden früher an den Cuxhavener Markt, als wenn er nach Hamburg oder Altona dampfen muß. Noch viel größer ist der Unterschied bei den Segel- und Motor-Fischereifahrzeugen. Auch für den Import von Heringen trifft das Vorgesagte zu. Praktisch wird die Reise eines jeden Fischereifahrzeuges, Ein- und Ausreise gerechnet, mindestens um 24 Stunden verkürzt.

Wer nun die Anlagen des Cuxhavener Fischmarktes vor dem Kriege 1914 gekannt hat und weiter berücksichtigt, daß Cuxhaven während des Krieges Festung und von der Außenwelt hermetisch abgeschnitten war, wird heute sehr erstaunt sein, die außerordentliche Entwicklung des Cuxhavener Fischmarktes und dessen Industrie zu sehen (Abb. 1).

Der Markt wird fast ausschließlich von den Dampfern der Cuxhavener Hochseefischerei A.-G. versorgt. Diese Reederei hat eine Entwicklung unter der Leitung ihres Generaldirektors Richard *Ohlrogge* durchgemacht, die beispiellos ist. Sie ist heute die größte Fischdampferreederei der Welt, verfügt über 84 Fischdampfer, hat ihre eigenen Netzmachereien, Zimmereien, Reparaturanlagen für Maschinen usw.

Die von diesen Dampfern angebrachten Fische werden verauktioniert. Säuberlich in Kisten zu 100 Pfund gepackt, ersteigert sie sich der Fischgroßhändler und die Industrie in den Auktionshallen (Abb. 2).

Sofort nachdem die Fische hier zugeschlagen sind, beginnt der Abtransport zur Weiterverarbeitung. Meistens werden die Fische geköpft und dann in Körbe, die mit Bastmatten und Pergament ausgelegt sind, unter reichlicher Zugabe von Eis neu verpackt und verschnürt (Abb. 3). Hinter den Auktionshallen befinden sich Anschlußgeleise. Bereits um 11 Uhr können die Seefische, nachdem um 7 Uhr die Auktion begann, also in erstaunlich kurzer Zeit, dem Empfänger im Inlande zurollen. Die Spezial-Fischzüge laufen außerordentlich schnell. Mittags von Cuxhaven abgehende Ware ist schon in der nächsten Nacht um 3 Uhr in Berlin, um 5 Uhr in der Großmarkthalle, um 8 Uhr im Ladengeschäft, so daß kaum 24 Stunden seit der Landung vergangen sind, bis die Hausfrau den Fisch kaufen kann. Mit ähnlicher Eile erfolgt die Beförderung der Seefische nach allen Teilen Deutschlands.

Und mit gleicher Schnelligkeit arbeitet die Fischindustrie. Sie ersteigert ebenfalls ihre Ware in der Auktion und beginnt danach sofort mit deren Abtransport. Nur durch Straßenbreite sind die bedeutenden Industrien Cuxhavens von den Auktionshallen getrennt.

Um ein Bild von der Größe der Fischindustrie zu geben, dienen einige Zahlen über die Anlagen der

Deutschen Seefischhandels Aktiengesellschaft (D. S. A. G.),

einer Tochtergesellschaft der Cuxhavener Hochseefischerei A.-G. Die Gebäude der ersten Gesellschaft befinden sich auf gepachtetem Staatsgrund. Die Deutsche Seefischhandels A.-G. verfügt über etwa 12 000 qm Grundfläche und etwa 17 200 qm Arbeits- und Lagerstätten, außer den Räumen für den Frischfisch-Versand in der Auktionshalle. Die Räucherei zählt 56 Öfen, die eine normale Produktion von etwa 8000 Kisten Bücklingen zu 5 Pfd. den Tag liefern, während die Marinieranstalt etwa 3 Millionen Dosen im Jahr verlassen.

Eine eigene, sehr großzügig angelegte Heringssalzerei ermöglicht es, die während der deutschen Heringssaison angebrachten Heringe selbst zu salzen. Es soll hierdurch die Einfuhr von Salzheringen von England, Holland und Norwegen möglichst eingeschränkt werden.

In der D. S. A. G. werden während der Hauptsaison etwa 550 Arbeiter und Arbeiterinnen beschäftigt. Im Gesamtbetriebe sind etwa 900 Personen tätig.



Abb. 1. Fischereihafen Cuxhaven

Die einzelnen Abteilungen dieser Firma sind:

1. Räucherei,
2. Marinieranstalt,
3. Feinkostabteilung,
4. Seelachs-Fabrikation,
5. Salzerei.

Die Hauptrohware, die zur Verarbeitung kommt, ist der Hering. Aber auch alle möglichen andern Fische werden geräuchert, gebraten und mariniert.

1. RÄUCHEREI.

Nach der Auktion werden die Heringe vom anfahrenden Fuhrwerk aus durch die in die Außenwand eingelassenen Einschüttöffnungen in die im Raume befindlichen Steinbottiche geschüttet. Hier werden sie in einer vierprozentigen Salzlake gewaschen und bleiben in dieser einige Stunden liegen (Abb. 4). Dann werden die Heringe auf Arbeitstische befördert, dort auf eiserne Räucherspieße gezogen, und zwar so, daß kein Fisch den andern berührt. Hiernach wird der Hering nochmals gespült und gewaschen. Diese Spieße legt man auf viereckige Rahmen, die in Gestelle eingeschoben werden, die sich vor dem Räucherofen befinden (Abb. 5). Nachdem der Fisch nun noch einige Zeit abgetropft ist, nimmt der Räucherer die Rahmen aus den Gestellen und schiebt sie in seine Räucheröfen. In diesen wird der Hering eine gewisse Zeit getrocknet und dann im sogenannten heißen Rauch geräuchert (Abb. 6). Zum Räuchern benutzt man Erlen-, Birken-, Buchen- und Eichenholz in gewissen Mengen und Mischungen. Es ist Sache der Geschicklichkeit des Räucherers, den Hering dem Geschmack des jeweiligen Kunden entsprechend hell oder dunkel zu räuchern, ihm die Nuance zu geben, die der Kunde wünscht. Diese Räucherung ist in etwa drei Stunden beendet. Dann muß der Hering abkühlen und darf keinesfalls warm verpackt werden, da dieses einen beschleunigten Verderb herbeiführen würde. Immer noch an den Räucherspießen befestigt, kommen die Heringe, die nun zu Bücklingen geworden sind, auf die Packtische. Sie werden hier in kleine Kistchen gepackt, die mit Pergamentpapier ausgelegt sind. Als Deckblatt benutzt die D. S. A. G. seit zwei Jahren ein Cellophanblatt der bekannten Fabrik *Kalle & Co.*, Biebrich a. Rhein. Cellophan ist glasklar, fettdicht und geruchfrei. Es bedeckt die Ware und schützt sie vor Berührung, ohne daß dem Käufer die Beurteilung der Ware genommen wird, da Cellophan durchsichtig ist. Die empfindlichen Bücklinge werden so vor dem Verkauf vor jeder Infektion geschützt. Es wäre wünschenswert, daß Cellophan allgemein als Deckblatt in Benutzung käme.

In England ist man in dieser Beziehung nach meiner Beobachtung wesentlich weiter. Dort werden die Räucherwaren in den meisten Fällen in bestimmten Gewichtsmengen gepackt, in Tüten aus Cellophan in Kisten gelegt. So wird die Ware vor dem Verzehren von keiner Seite berührt. Die hygienischen Vorteile dieses Verfahrens liegen auf der Hand. Es ist zu hoffen, daß sich bald auch diese Packungsart in Deutschland einführen wird.

In ähnlicher Weise wie oben beschrieben werden noch eine ganze Reihe von Seefischen geräuchert. Besonders Schellfisch, Seelachs und Flunder sind zu erwähnen.

Ein etwas anderes Verfahren ist die Kalträucherei, deren Hauptprodukt der sogenannte Lachshering ist. Dieser ausgesuchte, fette Hering, der gesalzen ist, wird in große Rauchkammern gebracht, in denen ein nur kleines Feuer von Räucherspänen unterhalten wird. Hier bleibt er mehrere Tage.

Alle Räucherwaren sind gegen Witterungseinflüsse sehr empfindlich. Die Haltbarkeit schwankt je nach der Jahreszeit zwischen 10 und 21 Tagen. Um die Haltbarkeitsdauer zu erhöhen, ist man dazu übergegangen, Räucherwaren zu konservieren. Hierin hat sich die bekannte chemische Fabrik *E. Merck*, Darmstadt, große Verdienste erworben. Ganz geringe Mengen von Benzoepräparaten, die frei von Hexamethylentetramin, Salicyl- und Borsäure sind, genügen, um die Haltbarkeit wesentlich zu verbessern.



Abb. 2. Auktionshalle Cuxhaven



Abb. 4. Reinigungsbottiche und Arbeitstische der Räucherei

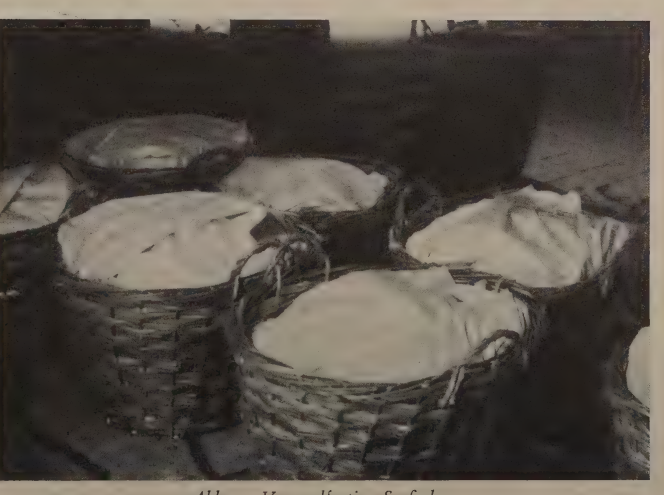


Abb. 3. Versandfertige Seefische

Abb. 5. Abtropfen vor dem Räuchern

2. MARINIERANSTALT.

Genau wie in der Räucherei erfolgt in dieser zweiten Abteilung die Anfuhr der Rohware. Nach dem Waschen in großen Steinbottichen kommen die Heringe auf Arbeitstische. Sie werden geköpft, ihre Eingeweide herausgenommen und ihre Flossen abgeschnitten. Dann werden die Fische nochmals gründlich gewaschen. Diese im Rohzustand befindlichen Heringe, deren Fleisch noch durchblutet ist, kommen in ein Garmachebad. Diesem wird sechsprozentiger Gärungsessig beigegeben, um dem Heringsfleisch das Blut zu entziehen. Gleichzeitig setzt man dem Garmachebad geringe Mengen Salz zu. Dieses gibt dem Fisch den notwendigen Salzgehalt. Um ein helles Aussehen des Herings zu erzielen und eine gewisse Konservierung zu erhalten, erhält das Bad ferner einen Zusatz von 1 v. T. Wasserstoffsuperoxyd. Es ist selbstverständlich, daß dieses Wasserstoffsuperoxyd chemisch rein sein muß. Hierfür hat sich wiederum die chemische Fabrik E. Merck, Darmstadt, in hervorragender Weise eingesetzt. Sie liefert ein chemisch einwandfreies Produkt und übernimmt jede Garantie für ihre Fabrikate. Nach einigen Tagen sind die Blutteilchen verschwunden. Das Fischfleisch ist nicht mehr braun-rötlich, sondern hellgelb, beinahe weiß. Jetzt setzt die Weiterverarbeitung des Herings zu seiner endgültigen Form, etwa dem Rollmops oder Bismarckhering, ein. Er wird nochmals gründlich nachgesehen, die letzten vielleicht noch haftenden Hautteilchen und Eingeweide werden entfernt. Auf großen Arbeitstischen wird der Hering dann ausgebreitet, mit Gewürzen, Gurken, je nach der betreffenden Geschmacksrichtung, versehen, gerollt und mit Holzstäbchen zusammengehalten. Der Rollmops wird dann in Dosen verschiedener Größen gepackt, mit einem Aufguß von etwa $1^1/_2$prozentigem Gärungsessig bedeckt und mit Zwiebeln garniert. Es ist wichtig, daß die Dose vollkommen mit Essig gefüllt ist und daß jeder Luftrückstand in der Dose vermieden wird. Nur dann ist die Marinade haltbar. Das Verschließen der Dose geschieht durch halbautomatische Verschlußmaschinen.

In ähnlicher Art wird eine ganze Reihe verschiedener Marinaden hergestellt, die sich durch kleine Veränderungen in der Arbeitsweise und dem Aufguß voneinander unterscheiden. Man legt Heringe in Senftunke, in Tomatenpüree oder in Mayonnaise und erzielt hierdurch sehr gesuchte und äußerst wohlschmeckende Ware.

Ein sehr wichtiger Zweig der Marinieranstalt ist die Braterei. In dieser werden Bratheringe, Bratschellfische, Bratrollmops usw. hergestellt. Es ist sehr zu bedauern, daß der weitaus größte Teil der Abnehmerschaft den Brathering mit Kopf und Eingeweiden gebraten verlangt. Sehr zu wünschen wäre, wenn die Bestrebungen der Fischindustrie, den Hering zu köpfen und auszunehmen und dann zu braten, mehr von Erfolg gekrönt würden. Kopf und Eingeweide füllen nicht nur die Dose mit unnützem Inhalt, der doch nicht verzehrt werden kann, sondern die Eingeweide beschleunigen auch den Verderb der Bratheringe naturgemäß sehr. Beim Verbraucher werden diese Abfälle fortgeworfen. Die Marinieranstalt könnte sie gut noch in die Fischmehlfabriken abgeben (Abb. 7).

Der Fisch wird gewaschen, in Weizen- oder Roggenmehl paniert und dann in großen, je nach der Art des Betriebes offenen oder geschlossenen und mit Öl gefüllten Pfannen gesotten bzw. gekocht. Das Produkt der letzten Arbeitsweise wird gleichfalls als Brathering bezeichnet. Heute herrscht jedoch in einem großen Kreis Fischindustrieller die Ansicht, daß diese Herstellungsart nicht empfehlenswert ist, da der Fisch später im Aufguß leicht weich wird und seinen guten Geschmack nicht immer behält.

In der Braterei der Deutschen Seefischhandels A.-G. wird ausschließlich genau so gebraten, wie die Hausfrau ihre Fische brät. Lediglich die Größe der Pfannen unterscheidet die Betriebsbraterei von der Braterei einer Hausfrau. Es wird reines Erdnußöl unter Zusatz von geringen Mengen deutschen Rindertalges oder eines Bratenfettes verwendet. Die Pfanne ist nur wenig mit Fett gefüllt. Der Fisch wird einzeln in sie gelegt und mit Gabeln gewendet. Nach dem Braten werden die Fische zum Abkühlen abseits auf Siebe gelegt. Danach werden sie ebenfalls in handliche Dosen gepackt, mit Zwiebeln und Lorbeerblättern garniert und mit einem Aufguß von Gärungsessig versehen, endlich verschlossen. Teilweise verlangt die Kundschaft noch ein Süßen des Bratherings, und diese Geschmacksrichtungen müssen stets berücksichtigt werden. Gestattet sei die Bemerkung, daß nur reiner Gärungsessig verwandt wird. Dieser ist bekanntlich ein Naturprodukt, das aus dem Alkohol gewonnen wird, während Essigessenz ein chemisches Produkt darstellt. Namhafte Lieferanten dieses Gärungsessigs sind die Essigfabriken der Firma *Carl Kühne*, Berlin N 31, und der *Johs. Oswaldowski A.-G.*, Altona (Elbe) und Cuxhaven.

Es mag erwähnt werden, daß Marinaden keine Konserven, sondern Halbkonserven sind. Die Haltbarkeit wird nicht durch das Sterilisieren erzeugt, sondern der Essigaufguß verhindert in gewissem Maße den natürlichen Verderb des Fisches. Durch eine weitere Konservierung mit Benzoesäure der chemischen Fabrik E. Merck, Darmstadt, wird die



Abb. 6. Eine Flucht Räucheröfen



Abb. 7. Braterei



Abb. 8. Schneidemaschine für Seelachs



Abb. 9. Heringssalzerei

Haltbarkeit erheblich heraufgesetzt. Dann kann sie drei bis sechs Monate betragen.

Auf alle Fälle empfehlenswert ist es, Marinaden besonders im Sommer nicht auf Vorrat zu kaufen, sondern möglichst oft frisch zu beziehen, wobei kühle Lagerung vorausgesetzt werden muß. Das Gesetz schreibt vor, daß jede Marinadendose mit dem Monatsdatum ihrer Herstellung versehen wird. So kann sich jeder Käufer selbst überzeugen, wie hoch das Alter einer Dose ist.

Aber nicht allein auf das Datum der Dose sollte der Käufer achten, sondern auch auf die Gewichtsmenge, die auf der Dose verzeichnet ist. Leider schreibt das Gesetz keine Einheitsdose bezüglich Größe und Gewicht vor. Es verlangt lediglich die Angabe des Gewichtes des Inhalts. Z. B. werden heute im Laden unter der Bezeichnung 1-Liter-Dose Dosen im Gewicht von 1020 g bis 680 g verkauft, ohne daß man eine wesentliche Veränderung in der Größe der Dose wahrnehmen kann. Es wird gerade in diesem Punkte von Außenseitern der Fischindustrie sehr gesündigt. Nicht nur erhebliche Qualitätsunterschiede sind zu verzeichnen, oft wird auch gefunden, daß besonders 4-Liter-Dosen verschiedener Firmen verschiedene Inhalte besitzen. Jede Marinieranstalt von Ruf wird darauf sehen, eine reelle und stramme Packung anzufertigen.

3. FEINKOSTABTEILUNG.

Je nach Jahreszeit und Fangplatz wird in den Marinieranstalten Ende Juli zunächst der deutsche Hering, von Mitte Oktober ab der englische Hering, im Dezember und Januar Sprotten und Elbheringe und von Mitte Januar bis Ende März der norwegische Hering verarbeitet. Es sei bemerkt, daß die Rohware in der Größe erheblich voneinander abweicht. Beispielsweise hat der deutsche Hering eine Länge von etwa 15—18 cm, während der norwegische Hering die doppelte Größe erreichen kann. In der Feinkostabteilung werden nun zur Hauptsache die kleineren Heringe verarbeitet. Qualitativ hochstehende Sprotten und Elbheringe verwandeln sich hier in Anchovis, Filetheringe, Gabelbissen usw. Interessant ist die Herstellung dieser Anchovis und der Appetitsild. Noch vor kurzer Zeit wurde der norwegische Brisling als Rohware für diese Delikatessen verwendet. In den letzten Jahren ist es jedoch gelungen, die Elbsprotten zu dieser Fabrikation heranzuziehen. Die letzteren ergeben ein Fabrikat, das der norwegischen Ware mindestens gleichwertig ist. Die Elbsprotten kommen täglich an den Cuxhavener Markt. Seit dem Fang sind kaum Stunden vergangen, wenn die ganz frische Ware zur Verarbeitung gelangt. Da außerdem zeitweise ungeheure Mengen gelandet werden, so kann sich die Industrie die für ihre Zwecke best geeignete Ware aussuchen. Die Sprotten werden gesalzen, mit etwa 23 bis 25 verschiedenen Gewürzen in einer ganzen Reihe von Arbeitsgängen vermischt und in Tonnen gepackt. Ständige Kontrolle dieser Tonnen ist notwendig, um eine einwandfreie und wohlschmeckende Ware zu erhalten. Die letztere muß längere Zeit reifen, und man kann rechnen, daß sie nach etwa drei Wochen erst zur endgültigen Verarbeitung fertig ist.

Die Geleekocherei gehört ebenfalls zur Feinkostabteilung. In verschiedenen Packungen ist der Geleehering bekannt. Dieser wird hier geköpft, ausgeweidet und gewaschen, in großen Kesseln in nicht völlig siedendem Wasser unter Zusatz von Salz und Essig gargekocht. Durch eine Dusche wird er nach dem Herausnehmen sofort abgespült und abgekühlt. Dann wird der Geleehering in Dosen gepackt, mit flüssigem Gelee, das mit Gewürz und Essig verarbeitet ist, bedeckt, und die Dosen werden geschlossen.

Auch in der Herstellung von Geleeheringen wird zugunsten eines niedrigen Preises sehr oft gesündigt. Der Käufer sollte darauf achten, daß er nur ein Fabrikat erhält, bei dem der Fisch vollständig ausgenommen und gesäubert ist und keine schwarzen Hautteilchen enthält, die den Geschmack beeinträchtigen und wenig appetitlich anmuten. Er sollte weiter darauf sehen, daß das Gelee absolut glasklar ist, also frei von Leim. Es ist nicht nur der Kaufpreis, sondern bei diesem Artikel gerade die Qualität ausschlaggebend.

4. SEELACHSFABRIKATION.

Dem Seelachs, auch Köhler oder Blaufisch genannt, wird seitens der Bevölkerung trotz seines verhältnismäßig großen Nährwertes noch zu wenig Beachtung geschenkt. Die Arbeitsweise ist hier folgende. Der Fisch wird geköpft, ausgeweidet und in zwei Filethälften zerteilt. Ähnlich wie Speck gepökelt wird, werden auch diese Filetstücke in Salz gelegt, nach etwa drei Wochen dem Salzbad entnommen, gewässert und im Kaltrauch einige Zeit geräuchert. Der Seelachs wird dann in Scheiben geschnitten, aus der Haut geschält, in einem Wasser oder Ölbad leicht lachsrot gefärbt und endlich unter Beifügung von reinem Erdnußöl in Dosen verpackt. Es ist selbstverständlich, daß die Färbung hygienisch einwandfrei ist. Es gehen auf 100 Pfund Fisch nur 60 g Farbstoff. (Abb. 8). Der Seelachs in Öl ist eine Delikatesse, die außerordentlich in Aufnahme gekommen ist. Deutschen Flußlachs fängt man nur in geringen Mengen, außerdem ist er sehr teuer. Durch die Einführung fremder Lachse aus Amerika und Rußland wandern große Summen deutschen Geldes ins Aus-



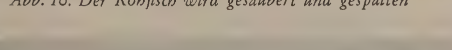


Abb. 10. Der Rohfisch wird gesäubert und gespalten



Abb. 12. Klippfischstapelung im Freien



Abb. 11. Klippfischtrocknung im Freien

Abb. 13. Trockeneinrichtung

land. Nachdem der Seelachs in Öl auf dem Markt erschien, ist die Einfuhr dieses fremden Lachses wesentlich zurückgegangen. Seelachs ist außerordentlich eiweißreich, aber fettarm. Erst durch das Hinzufügen von reinem Erdnußöl werden ihm die nötigen Fettmengen beigegeben.

Das Erdnußöl ist geschmacklich sehr angenehm und außerdem geruchlos. Somit ist der Seelachs in Öl eine Delikatesse geworden, die aber auch auf dem Tisch des Minderbemittelten stets erscheinen kann, da er verhältnismäßig preiswert und ausgiebig ist.

In der ersten Zeit der Einführung dieses Artikels stellten sich sehr viele Behörden auf den Standpunkt, daß hier eine Täuschung des Käufers beabsichtigt wäre, da durch die Färbung eine Verwechslung mit Flußlachs immerhin möglich sein könnte. Die Industrie gibt daher auf ihren Dosen zu erkennen, daß es sich um Räucherseelachs in Öl handelt, außerdem wird noch der Zusatz „Lachsersatz“ angegeben. Wenn man auch zugeben muß, daß diese Widerstände der Behörden sich sehr vermindert haben, wäre es doch zu wünschen, daß sich recht bald eine einheitliche Auffassung über diesen Punkt, vor allem auch in gesetzlicher Beziehung, durchsetzt. Der Seelachs, dessen Fleisch von Natur grau-rötlich aussieht, wird dem Auge des Käufers nur durch die oben bezeichnete Färbung ansehnlicher gemacht. Aber gerade diese Färbung war der Stein des Anstoßes. Nach meiner Ansicht nicht mit Recht, denn es wird niemand einfallen, die Färbung von Marmelade, Margarine und Pralinen, die ja auch handelsüblich ist, zu beanstanden, wenn eben die Tatsache der Färbung auf den Verpackungen zu lesen ist. Im Interesse der Fischwirtschaft und der beteiligten Händlerschaft wäre zu wünschen, daß noch bestehende Widerstände gegen dieses billige Nahrungsmittel recht bald verschwinden.

5. SALZEREI.
(Abb. 9.)

Es ist bekannt, daß in Deutschland große Mengen holländischer, norwegischer und englischer Heringe in Tonnen als Salzheringe verbraucht werden. Die Einfuhr dieser fremden Salzheringe ist ungeheuer groß, und viele Millionen deutscher Mark gehen somit ins Ausland. Seit langem ist die deutsche Loggerfischerei bemüht, einen ausgezeichneten deutschen Salzhering auf den Markt zu bringen. Sofort nach dem Fang wird an diesem Hering der Kehlkopfschnitt ausgeführt. Sein Blut fließt aus, und er wird gleich an Bord gesalzen, später an Land sortiert und in Tonnen gepackt. Dieses ergibt den deutschen seegekehlten Salzhering. Leider hat sich die Loggerfischerei nie nutzbringend entwickeln können.

In den letzten Jahren wird der deutsche Hering durch ein besonderes Netz, durch die sogenannte Trawlfischerei gefangen. Aus diesem Hering stellt die Deutsche Seefischhandels A.-G. einen landgekehlten, deutschen Salzhering her. Knapp 24 Stunden nach dem Fang wird der Hering an Land gesalzen und nach Schottenart gepackt. Auf diese Weise wird ein Salzhering erzielt, der jedem ausländischen Salzhering vollständig gleichwertig ist.

Es wird jedoch noch einer längeren Zeit bedürfen, diesen deutschen Salzhering dem kaufenden Publikum geläufig zu machen, das heute wohl zur Hauptsache aus Gewohnheit einen englischen oder holländischen Salzhering zu essen wünscht. Mehr und mehr wird auf eine besonders gleichmäßige Packung dieser deutschen Heringe Wert gelegt, so daß auch bald der letzte Mangel beseitigt sein wird. Hierbei ist zu bedenken, daß seit Generationen die englischen Packer und Packerinnen in der Salzheringsfabrikation arbeiten. Langwieriger Geduld bedarf es jetzt, eine ebenso regelmäßige deutsche Packung zu erzielen.

KLIPPFISCHWERK.

Wenn zu Zeiten großer Anfuhren Überschuß an Großfischen vorhanden ist, nimmt die Cuxhavener Klippfischwerk A.-G. riesige Quantitäten besonders des Kabeljaus aus dem Markt, um ihn zum Klippfisch zu verarbeiten. (Abb. 10.) Dort wird der Frischfisch geköpft, aufgeschnitten, ein Teil der Rückengräte wird entfernt. Nachdem der Fisch im Salz gar geworden ist, vielleicht nach drei bis vier Wochen, wird er ausgewaschen, und der Trockenprozeß beginnt. Wie in Norwegen und auf Island werden die Fische der Cuxhavener Klippfischwerke A.-G. auch im Freien getrocknet. (Abb. 11 und 12.) Dieses verhältnismäßig junge Werk hat außerordentliche Erfolge mit dieser Ware erzielt. Sein Export dehnt sich doch schon in Europa auf Portugal, Spanien und Italien, in Übersee auf Brasilien, Argentinien, Chile, Peru, Bolivien, Equador und Kuba aus. Diese meist katholischen Länder sind begeisterte Abnehmer des Klippfisches, aus denen sich sehr schmackhafte Gerichte herstellen lassen.

FISCHMEHLFABRIK.

Sehr wesentlich für die Rentabilität der Fischwirtschaft ist die Verwendung der Abfälle und des Fischüberschusses bei großen Fängen, die der Handel nicht unterbringen kann. Während vor dem Kriege Abfälle nur in beschränktem Maße zu Fischmehl verarbeitet wurden, hat sich die Fischmehlindustrie jetzt außerordentlich entwickelt. Nach vorsichtiger Schätzung muß trotzdem noch angenommen werden, daß etwa 80 v. H. des Bedarfs an Fischmehl vom



Abb. 14. Fischmehltrocknungsanlage



Abb. 16. Muster-Spezial-Fischgeschäft



Abb. 15. Wascheinrichtung für Arbeiterinnen



Abb. 17. Bratfischrestaurant

Ausland bezogen wird. Dieses stellt eine erhebliche Belastung der Handelsbilanz dar. Der Gang der Verarbeitung zum Fischmehl hat durch die Vervollkommnung der Anlagen große Fortschritte gemacht. Hervorzuheben ist besonders, daß die Anlage der Cuxhavener Fischmehl- und Dampftranwerke A.-G. vollkommen geruchlos arbeitet. Die ältere Form der direkten Feuertrocknung wurde dort durch neuzeitliche Dampftrocknungsapparate ersetzt. Das modernste Verfahren zur Fischmehlherstellung ist eben die hier verwandte Muldentrocknung, geliefert von der Firma *Schlotterhose & Co.*, Wesermünde. (Abb. 13.)

Die Zuführung der Ware in die Sterilisierungsschnecke erfolgt mechanisch durch Schneckengang. Nach der Sterilisation wird das Gut unter niedrigen Temperaturen durch langsames Fortbewegen in den Mulden, die mit Manteldampf geheizt werden, getrocknet, vermahlen und nach einzelnen Körnungen gesiebt. Der Vorteil dieser Art Trocknung liegt in dem Erhalt aller Eiweißstoffe. (Abb. 14.) Es wird nichts verbrannt, während bei den alten Anlagen durch die direkte Feuertrocknung ein Teil des Eiweißes verbrannte und als Asche im Fischmehl gefunden wurde. Während das Eiweiß dieser Mehle nur zu 70 bis 75 v. H. verdaulich war, liegt die Verdaulichkeit des Fischmehls obiger Anlage zwischen 90 und 95 v. H. Das Produkt der Cuxhavener Fischmehl- und Dampftranwerke A.-G., Cuxhaven, des modernsten Werkes dieser Art, ist unter der Handelsmarke „Hochsee" bekannt. Es garantiert ein Eiweißgehalt von 55 v. H. bei garantiert 90 v. H. Verdaulichkeit und einem Phosphorkalkgehalt von 18 bis 25 v. H.

Fischmehl, vor allem als Schweinezuchtfutter, hat sich außerordentlich schnell einen Markt erobert. Es ist eines der besten Mastmittel, dessen Wert mehr und mehr erkannt wird.

ALLGEMEINES.

Es ist selbstverständlich, daß zur Erzeugung eines sauberen und einwandfreien Fabrikates äußerste Sauberkeit auch im Betrieb der Fischindustrie vorhanden sein muß. Den Arbeiterinnen werden Berufskleidung und Haarhauben zur Verfügung gestellt. Waschgelegenheit ist in ausreichendem Maße, wie auch Seife, Bürsten und Handtücher in genügenden Mengen vorhanden. (Abb. 15.)

Man wird im allgemeinen die Arbeit in der Fischindustrie nicht zu den angenehmsten Tätigkeiten zählen können. Da die Arbeitsräume nur sehr wenig temperiert werden können, ist es im Winter oft recht kühl. Der Fußboden ist ständig naß, so daß man an den Arbeitsplätzen sogenannte Holzgrätinge, das sind Holzlatten, hingelegt hat. Auf diesen stehen die Arbeiterinnen trocken. Gut geheizte Wohlfahrts- und Aufenthaltsräume für die Arbeitspausen sind vorhanden. In diesen gibt die Deutsche Seefischhandels Aktiengesellschaft zu jeder Zeit ihren Arbeitern und Arbeiterinnen für nur 5 Pf. ausreichende Mengen Kaffee. Das mitgebrachte Mittagessen kann aufgewärmt werden, oder die Arbeitenden können für 50 Pf. pro Tag in der Woche und 60 Pf. am Sonntag ein ausreichendes Mittagsmahl aus der Betriebsküche erhalten. Jedem Arbeiter und jeder Arbeiterin steht ein Schrank zum Unterbringen der Straßenkleidung zur Verfügung. Zweimal in der Woche hält ein praktischer Arzt im Betriebe eine Sprechstunde ab, die unentgeltlich von der gesamten Belegschaft besucht werden kann. Ein kleines Krankenzimmer vervollständigt die Wohlfahrtsanlage, eine Kantine innerhalb des Betriebes sorgt für die übrigen Bedürfnisse der Arbeitenden.

Die geringe Einwohnerzahl von Cuxhaven (20000) ruft die Tatsache hervor, daß während der Saisonmonate etwa vom 1. August bis 1. April keine genügenden Arbeitskräfte aus Cuxhaven und den umliegenden Ortschaften herangezogen werden können. Die Fischindustrie ist daher gezwungen, aus allen Teilen Deutschlands Arbeiterinnen kommen zu lassen, die ausgebildet werden müssen und für deren Unterbringung zu sorgen ist. Die Deutsche Seefischhandels Aktiengesellschaft hat hierfür zunächst eigene Unterkunftsräume mit insgesamt 165 Betten geschaffen. Ferner ist aus städtischen Mitteln mit Unterstützung der Industrie ein Frauenheim mit 300 Betten errichtet worden. Jeder Arbeiterin stehen in diesem Heim die ganz modern eingerichteten Badevorrichtungen zur Benutzung offen; sie kann ein Wannenbad für 30 Pf. erhalten. Außer einer großen eigenen Wäscherei, in der die gesamte Berufskleidung, Handtücher, Bettwäsche usw. gewaschen wird, steht den Arbeiterinnen eine Waschanlage zur Verfügung, in der von ihnen persönlich die Säuberung der eigenen Wäsche vorgenommen werden kann.

Die Lage der Fischindustrie und des Fischhandels kann im allgemeinen nicht als günstig bezeichnet werden. Sturm und schlechtes Wetter beeinträchtigen das Ergebnis, und falls besonders große Zufuhren den Markt erreichen, sind diese nicht unterzubringen. Ein altes Vorurteil der deutschen Bevölkerung trägt hieran die Hauptschuld. In allen Kreisen, und häufig auch in akademisch gebildeten, hat der Verfasser das Vorurteil gefunden, daß man Fische im Sommer, in den Monaten ohne „r" im Namen (Mai, Juni, Juli, August) nicht essen könnte. Es wird dies früher der Fall gewesen sein, als die Transportmöglichkeiten

von der Küste ins Inland noch nicht so glänzend organisiert waren wie heute, als der Fisch nicht im Spezialgeschäft, sondern auf dem Markt in offenen Ständen oder unter einem Zeltdach der prallen Sonne preisgegeben war. Daß unter diesen Umständen der an sich verderbliche Fisch schnell leidet, ist ersichtlich und verständlich. Natürlich muß man beim Kauf von Fisch die gleichen Ansprüche stellen wie beim Fleischkauf. Niemand wird an der Straßenkarre oder auf einem Wochenmarkt im Sommer Fleisch kaufen, das im Freien aufbewahrt wird, also allen äußeren Einflüssen ausgesetzt ist. Man wird in ein hierfür eingerichtetes Geschäft gehen und das Fleisch dort verlangen, wo mindestens ein fester Fußbodenbelag, wo Marmortische und Kühlvorrichtungen vorhanden sind. Auch der Seefisch bedarf dieser Einrichtungen. Gut eingerichtete Spezialfischgeschäfte, z. B. die Elberfelder Fischhallen und andere (Abb. 16), werden immer einwandfreien Seefisch anzubieten haben. Gerade im Sommer ist der Seefisch, der bereits im Februar und März abgelaicht hat, außerordentlich fett und nahrhaft. Er ist dann ein besonders wichtiges und vor allem weitaus bekömmlicheres Nahrungsmittel als das bevorzugte Fleisch.

Über die Herstellung der verschiedenen Fischgerichte geben die Kochbücher, die die Fischmarkt Cuxhaven G.m.b.H., Cuxhaven, auf Wunsch jedem Interessenten gern zur Verfügung stellt, Auskunft.

Eine Fischmahlzeit ist billiger als Fleisch und Gemüse. Der Seefisch ist ein hochwertiges Nahrungsmittel, das alle für den Aufbau des menschlichen Körpers notwendigen Stoffe in sich trägt. Die Untersuchungen des Herrn *Prof. Dr. Kestner*, Hamburg, beweisen dieses. Die von ihm veröffentlichten Aufsätze bringen ebenso interessante wie schlagende Beweise hierfür.

Welcher Wertschätzung sich der Fisch erfreuen kann, beweist der ungeheure Konsum Englands. Bei etwa 30 Millionen Einwohnern, also der Hälfte der Zahl Deutschlands, beschäftigt England eine Flotte von 2400 Fischdampfern, Deutschland dagegen, das bei etwa 60 Millionen Einwohnern 400 Fischdampfer zum Fang aussendet, muß ungefähr ein Drittel der Fänge wegen Absatzschwierigkeiten in der Heimat noch in englischen Fischereihäfen landen.

Der englische Arbeiter hat gefunden, daß die Fischnahrung ihm nicht nur im Sommer außerordentlich wertvoll ist, sondern seine Arbeitskraft in erheblicher Weise steigert. Bei großen Anlandungen setzt der Massenkonsum des englischen Arbeiters ein, und zweimal in der Woche mindestens findet man auf seinem Tisch den Seefisch, besonders als Bratfisch.

Eine Reihe von Bratfischläden und Bratfischrestaurants sind auch in den letzten Jahren in Deutschland eröffnet worden, ja selbst in vielen guten Fischgeschäften, z. B. in den Elberfelder Fischhallen und andern (Abb. 17), kann man heute Bratfisch kaufen. Für 50 oder 60 Pf. erhält man eine vollkommen ausreichende Mahlzeit. Es wäre wünschenswert, daß die Bevölkerung mehr und mehr dieses Nahrungsmittel dem amerikanischen Gefrierfleisch vorzieht.

Gerade im Sommer bedeutet das fertig gebackene Fischfilet, von dem für eine Person unter allen Umständen eine Portion von 200 g genügt, eine ausreichende Mahlzeit. Die Hausfrau hat nur nötig, eine Zwiebeltunke oder Kartoffelsalat anzufertigen. Die unangenehme Arbeit des Zubereitens der Fische wird ihr vom Fischhändler oder Fischbrathändler abgenommen.

Zum Schluß bittet der Verfasser den Leser, die Propaganda zum erhöhten Verbrauch von Seefisch im Sommer zu unterstützen. Wirtschaftlich wird hierdurch nicht nur den um ihre Existenz kämpfenden Seeleuten und Seefischern geholfen, sondern auch den vielen Tausenden, die in den Nebenbetrieben, den Werften, den Netzmachereien usw. beschäftigt sind.

Fischfang ist Urproduktion, gleich wichtig, gleich bedeutend der Landwirtschaft, und seiner Erträgnisse rufen Wachstum des nationalen Volksvermögens hervor.

GEWERBEAUFSICHTSAMT

VON DR. EMIL SCHAEFER, DIREKTOR DES HAMBURGISCHEN GEWERBEAUFSICHTSAMTS

DIE Gewerbe- und Fabrikhygiene bildet einen wichtigen Teil der allgemeinen Hygiene überhaupt, sowie der sozialpolitischen Aufgaben der Gewerbeaufsicht im besonderen. Etwa 3/5 aller Erwerbstätigen sind heute in Gewerbe und Industrie beschäftigt. Für sie gilt es, eine Hygiene der Arbeitsstätte zu schaffen, um Arbeitsfähigkeit und Arbeitskraft zu erhalten und zu fördern. Das ist nicht nur von Bedeutung für den Arbeitnehmer selbst, sondern in weiterem Umfange auch für die Volksgesundheit und Volkswirtschaft. Heute ist die Gewerbehygiene allgemein zu einem wesentlichen Bestandteil der Wohlfahrtsmaßnahmen aller industriellen Betriebe geworden. In Verbindung mit der fortschreitenden Arbeiterschutzgesetzgebung hat sie eine weitgehende Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse herbeigeführt, nicht zum wenigsten auch in den Werkstätten der gewerblichen Kleinbetriebe, die hinsichtlich der hygienischen Erfordernisse den industriellen Großbetrieben mit ihren mannigfachen Gefahren durchaus gleich zu achten sind. Die Durchführung der gesetzlichen und gewerbehygienischen Forderungen haben die Gewerbeaufsichtsbehörden zu überwachen, nötigenfalls durch besondere Maßnahmen anzuordnen. In Hamburg ist dafür das Gewerbeaufsichtsamt eingesetzt. Der Gewerbeaufsichtsbeamte muß mit technologischen und gewerbehygienischen Kenntnissen umfassend ausgerüstet sein und in reichem Maße über technisches Können verfügen, wenn er den Anforderungen gerecht werden will, die bei der Durchführung des gesundheitlichen Schutzes der Arbeitnehmer an ihn gestellt werden.

Gleich der späten Entwicklung der hamburgischen Industrie hat man sich in Hamburg auch verhältnismäßig spät mit dem Aufbau der Gewerbeaufsicht befaßt. Im Jahre 1879 wurde auf Grund der Gewerbeordnungsnovelle von 1878 in Hamburg der erste Gewerbeaufsichtsbeamte (Fabrikinspektor) ernannt, dem zwei Hilfskräfte beigegeben waren. Das genügte vorerst, denn in Hamburg gab es damals nur 563 gewerbliche Betriebe, worin 16 369 Arbeiter und Arbeiterinnen beschäftigt waren. Das Arbeitsgebiet des Gewerbeaufsichtsamts wurde später außer durch die fortschreitende Entwicklung der Reichsgewerbeordnung noch durch das Kinderschutzgesetz und durch das Hausarbeitsgesetz erweitert und umfaßt seit Erlaß der am 23. November 1918/17. Dezember 1918 und am 18. März 1919 ergangenen Anordnungen über die Regelung der Arbeitszeit der gewerblichen Arbeiter und der Angestellten nicht nur die Aufsicht über den Beschäftigungsschutz aller *gewerblich* tätigen Arbeitnehmer, sondern auch in Form der Handelsaufsicht die Aufsicht über den Beschäftigungsschutz der *Angestellten* in Gewerbe, Handel, Verkehr, Lustbarkeitsgewerbe und freien Berufsständen. Insgesamt kommen jetzt für die Überwachung durch das hamburgische Gewerbeaufsichtsamt nahezu 35 000 Betriebe mit annähernd 334 000 Arbeitnehmern (Arbeiter und Angestellte) beiderlei Geschlechts in Frage. Das bedeutet, daß dem hamburgischen Gewerbeaufsichtsamt der Beschäftigungsschutz von fast einem Drittel der hamburgischen Bevölkerung anvertraut ist. Auf Grund dieses Pflichtenkreises zählt das hamburgische Gewerbeaufsichtsamt heute annähernd 60 Beamte und Angestellte zu seinen Mitarbeitern. Es gliedert sich in drei Gewerbeaufsichtsbezirke, deren jeder aus einer Abteilung Gewerbeaufsicht, Handelsaufsicht und weibliche Arbeitsaufsicht besteht, und umfaßt auch den Beschäftigungsschutz der Arbeitnehmer auf Schiffen und im Hafen.

Zu dem Beschäftigungsschutz zählt vor allem die Aufgabe, die Arbeitnehmer gegen die Gefahren für Leben und Gesundheit zu schützen, die aus der Beschäftigung selbst entspringen; sodann die Aufgabe, die Arbeitnehmer gegen Schädigungen zu schützen, die aus der Dauer der Arbeitszeit fließen. Der Beschäftigungsschutz zerfällt hiernach in einen Gefahrenschutz und einen Arbeitszeitschutz. Bei dem Gefahrenschutz ist wiederum zu unterscheiden zwischen dem Schutz vor Unfällen, dem Schutz vor gewerblichen Erkrankungen und dem Schutz gegen Sittlichkeitsgefährdung. Nur soweit hierbei der Beschäftigungsschutz das Gebiet der gewerblichen Erkrankungen berührt, soll hier von ihm die Rede sein.

Bei dem Schutz vor gewerblichen Erkrankungen sind zunächst allgemeine Voraussetzungen der Arbeitshygiene zu berücksichtigen. Arbeitsräume und Kontore müssen ausreichend groß und hell, die künstliche Beleuchtung dem Zweck angepaßt sein. Die Räume sollen sich genügend erwärmen und lüften lassen. Sie müssen trocken und gegen Feuchtigkeit geschützt sein. Fußböden und Wände müssen leicht gereinigt werden können. Maßnahmen zum Hintanhalten von Geräuschen und Erschütterungen sind vorzusehen. Sitzgelegenheiten, Wasch-, Bade- und Umkleideräume sowie Bedürfnisanstalten sollen in angemessenem Umfange und gesundheitlich ein-



Abb. 1. Schweißer mit neuer Schweißbrille und Schweißspiegel

vorgebeugt wird. Für Arbeiten, bei denen die Arbeiter in außergewöhnlichem Maße der Einwirkung von Hitze, giftigen oder gefährlichen Stoffen oder Staub ausgesetzt sind, gelten gesetzliche Beschränkungen der Arbeitszeit und der Mehrarbeit. Ähnlichen Beschränkungen ist ganz allgemein die Beschäftigung der Frauen, Jugendlichen und Kinder unterworfen, soweit sie nicht wegen erheblicher Gesundheitsgefährdung überhaupt verboten ist. Der ganze Arbeitszeitschutz ist geradezu auf gesundheitsfürsorgerische Ziele abgestellt. Gesundheitlich bedeutungsvoll ist auch das Verbot von Nachtarbeit in Bäckereien und der besondere Schutz, auf den die schwangeren Arbeitnehmerinnen und berufstätigen Wöchnerinnen Anspruch haben.

Außer diesen allgemeinen Gesichtspunkten tauchen aber noch eine ganze Reihe von Sonderfragen auf, die bei der Durchführung eines umfassenden Beschäftigungsschutzes mit hygienischem Einschlag zu berücksichtigen sind und über die häufig vorgeschriebene ärztliche Überwachung der Arbeitnehmer hinaus eine enge Zusammenarbeit zwischen Techniker und Arzt verlangen. In dankenswerter Weise stellt für diese Zusammenarbeit die Gesundheitsbehörde ihre Ärzte und ihr hygienisches Institut zur Verwandfrei zur Verfügung stehen. Nicht ohne Bedeutung ist auch die Feuersicherheit. Um zu einheitlichen Gesichtspunkten für solche allgemeinen Anforderungen an die gewerbehygienische Vervollkommnung der Arbeitsstätte und der Betriebseinrichtung zu gelangen, sind in Hamburg vom Gewerbeaufsichtsamt im Einvernehmen mit andern Behörden Grundsätze aufgestellt worden, die bei Errichtung gewerblicher Anlagen als Grundlage für die baulichen Vorschriften zur hygienisch einwandfreien Ausgestaltung der Arbeitsräume benutzt werden.

Von allgemeiner Bedeutung für den Gefährdetenschutz ist weiter die Gestaltung des Arbeitsverfahrens, die Verwendung geeigneter Maschinen und Apparate nebst passenden Schutzvorrichtungen, die mechanische Absaugung von Staub, schädlichen Dünsten und Gasen, die Ausrüstung mit Schutzkleidung und Schutzmitteln, die Ordnung und Manneszucht im Betriebe, die gute Anlernung und Ausbildung der Arbeitnehmer, die Auswahl nach Fähigkeiten, die Belehrung und Aufklärung durch Wort, Bild und Film. Wichtig für die gesundheitliche Fürsorge ist aber auch die richtige Bemessung und Einteilung der gesundheitlich zulässigen Arbeitszeit, wodurch einem Nachlassen der Aufmerksamkeit, vorzeitiger Ermüdung und Überanstrengung

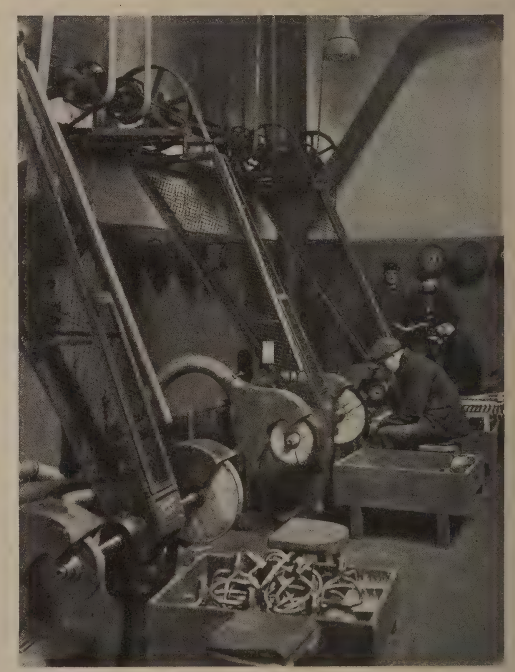


Abb. 2. Staubabsaugungsanlage in der Schleiferei der Hamburger Hochbahn A. G.

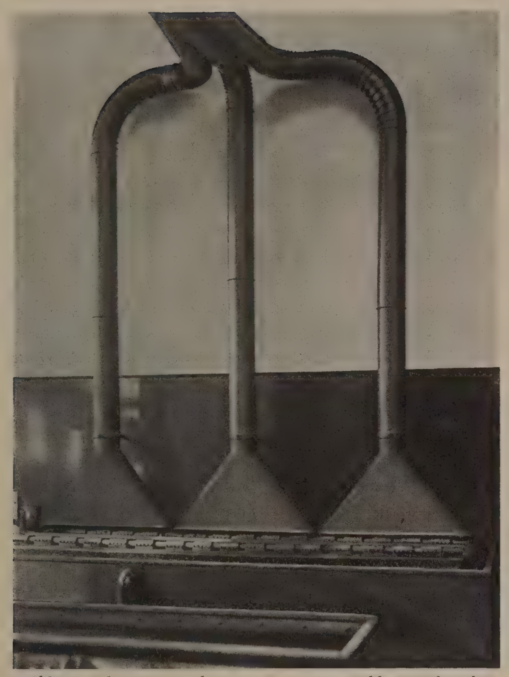


Abb. 3. Absaugungsanlage mit engen Saugschlitzen über den Verchromungsbädern der Hamburger Hochbahn A. G.

fügung. In Hamburg haben die Amtsärzte stets in reger Weise an den Aufgaben des Gesundheitsschutzes der gewerblichen Arbeiter teilgenommen. Oft sind die gewerbehygienischen Aufgaben verwickelter Natur, und die Gewerbehygiene muß erst die wissenschaftliche Grundlage schaffen, auf der dann die Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Arbeiterschaft aufgebaut werden können. Die auf den gewerbehygienischen Erfahrungen begründeten Erkenntnisse haben in zahlreichen Schutzbestimmungen der Reichsgewerbeordnung und der für bestimmte gefährliche Betriebe ergangenen Betriebsschutzverordnungen ihren Niederschlag gefunden. Die Mannigfaltigkeit der Gesundheitsgefährdung in Hamburgs Handel, Verkehr, Industrie und Gewerbe prägt sich in der Vielgestaltigkeit der Schutzmaßnahmen aus, die das hamburgische Gewerbeaufsichtsamt fordern muß, und die vielfach Ausgangspunkt für eine spätere allgemeine Regelung geworden sind. Einige wenige Kennzeichen der Mannigfaltigkeit, die den Beschäftigungsschutz auf gewerbehygienischem Gebiet auszeichnet, mögen dieses bestätigen.

Gegen die Gesundheitsgefahren bei Arbeiten unter erhöhtem Luftdruck, wie es beim Bau des Elbtunnels der Fall war, mußten umfassende Maßnahmen gefordert werden, die insbesondere in einer Verlängerung der Ausschleusezeiten, einer sorgfältigen Untersuchung der Temperatur und des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft vor Ort und den Schleusen sowie in einer ständigen ärztlichen Überwachung an der Betriebsstelle bestanden. Die Forderungen sind in den Vorschriften der Senatsbekanntmachung vom 17. Dezember 1909 betr. den Schutz der bei Tiefbauten beschäftigten Arbeiter berücksichtigt und später durch die Reichsverordnung zum Schutz der Preßluftarbeiter vom 28. Juni 1920 ersetzt worden. Bei der Fabrikation von Röntgenröhren, gleichgültig welchen Typs, ist ein Strahlenschutz für die Arbeiterschaft beim Pumpverfahren und beim Prüfen der Röhren nötig. Er wird in der Weise gehandhabt, daß die Pump- und Prüfstände durch Wände aus Bariumsulfatziegeln (Kämpe-Lorey-Platten) gegen die Bedienungsräume abgeschlossen werden. Zur Beobachtung der Röhren sind in die Wände starke Bleiglasplatten eingelassen. Die außerdem verwendeten Bleischutzwände sind mit einem Lacküberzug versehen, um die Arbeiterschaft vor Bleivergiftungen zu schützen. Mit hochempfindlichen Dosismessern wird die tatsächlich austretende Strahlung dahin überwacht, daß sie noch unter der Toleranzdosis



Abb. 4. Schutzvorrichtung beim Abwiegen und Verpacken von Alkaloiden in der chemischen Fabrik von C. H. Boehringer Sohn

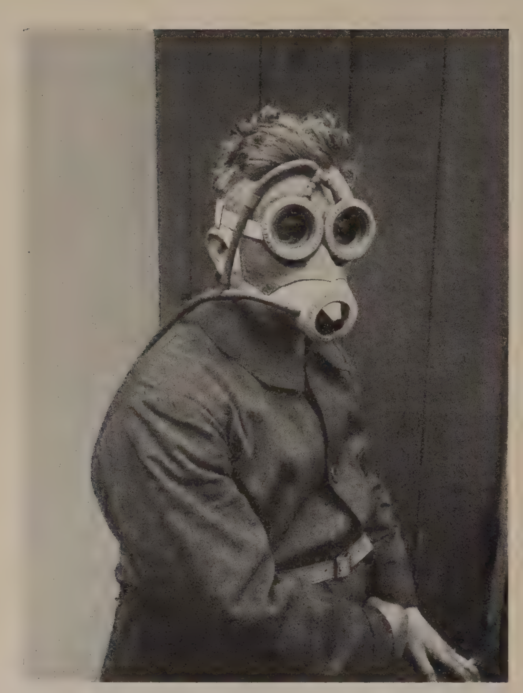


Abb. 5. Atemschutzgerät mit Luftschleier vor Augen und Mund. Apparatebauanstalt C. Schümann



Abb. 6. Atemschutz mittels Preßluftkegels um die Spritzpistole beim Lackspritzen

bleibt. Diesen Maßnahmen ist es zu verdanken, daß in der hiesigen Röntgenröhrenfabrik bisher keine Schädigungen der Arbeiterschaft aufgetreten sind. Zum Schutz gegen seitliches Augenverblitzen, dem der Elektroschweißer ausgesetzt ist, wenn Lichtbogenstrahlen benachbarter Elektroschweißstellen von der Seite her in sein Auge eindringen, ist eine Verbesserung des scheuklappenähnlichen Seitenschutzes an den Brillen der Elektroschweißer veranlaßt worden (s. Abb. 1). Feuchte Dünste, die die Gesundheit beeinträchtigen können, werden mehrfach in Wäschereien und Färbereien Hamburgs durch Einführung warmer Luft bekämpft. In einzelnen Großbäckereien ist durch die Aufstellung von elektrisch beheizten Backöfen eine Verminderung der belästigenden Hitze vor den Backöfen erreicht worden. Der strahlenden Wärme vor den in Kopfhöhe liegenden Glasschmelzvorrichtungen einer Glasgespinstfabrik konnte nur dadurch begegnet werden, daß verstellbare Glasscheiben in Augenhöhe vor den Spinnmaschinen angeordnet und eine große lichte Höhe für die Arbeitsräume gefordert wurde. Der Lüftung von Arbeitsräumen ist besonders dann erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen, wenn die Räume durch mechanisch reizenden oder giftigen Staub noch besonders verunreinigt sind. Hier ist jene Reihe von gefährlichen Betrieben zu nennen, für die besondere Betriebsschutzverordnungen erlassen und Vorbeugungsmaßnahmen hygienischer Art vorgeschrieben sind. Erwähnt seien die Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb von Steinbrüchen und Steinhauereien vom 31. Mai 1909/20. November 1911, die Bekanntmachung betr. die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter bei der Bearbeitung von Faserstoffen, Tierhaaren, Abfällen und Lumpen vom 8. Dezember 1909, die Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb der zur Anfertigung von Zigarren bestimmten Anlagen vom 17. Februar 1907, die Bekanntmachung betr. die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien vom 9. März 1913, die Bestimmungen über Hausarbeit in der Tabakindustrie vom 17. November 1913. Ferner ist auf die Staubentwicklung in Polsterwerkstätten, Metallschleifereien (s. Abb. 2) und Poliereien sowie bei der Verarbeitung von Kunstharz hinzuweisen. Gute elektrische Absaugeeinrichtungen mit Zyklonstaubsammlern werden für die Beseitigung des Staubes von dem Gewerbeaufsichtsamt in solchen Fällen gefordert. Auch die Entstaubung der



Abb. 7. Vorbildlicher Konditorarbeitsraum in der Bäckerei der Handelsgesellschaft Produktion

bei der Brikettfabrikation entstehenden Brüden ist vom Standpunkt der Gewerbehygiene und der Betriebssicherheit nötig. Soweit irgend angängig, wird der Staub an der Entstehungsstelle aufgefangen und durch besondere Lüftungseinrichtungen abgesaugt. Wo sich trotzdem die Staubbildung nicht vermeiden läßt, müssen Atemschützer getragen werden. Geradezu katastrophale Wirkungen auf dafür disponierte Arbeiter zeigt der Staub in den Braunsteinmühlen. Vollkommene Invalidität mit dauerndem Siechtum und Tod sind die Folgen der Einatmung von Braunsteinstaub. Trotz ärztlicher Überwachung der Arbeiterschaft und trotz Verbesserung der Staubabsaugung, Benutzung von Schutzkleidung, Atemschützern und turnusmäßigem Wechsel der besonders gefährdeten Arbeiter ist es in der Hamburger Braunsteinmühle bisher nicht gelungen, die Gefahr zu beseitigen. Wie hier, so kommt auch anderwärts der Gefährdung durch gewerbliche Gifte große Bedeutung zu. An erster Stelle ist das Blei zu nennen, dessen Staub in Form von Bleioxyd besonders in Hütten und andern Metallgewinnungsanlagen auftritt, dann überall dort, wo metallisches Blei oder Metallegierungen verwendet oder Bleifarben und andere Bleiverbindungen oder Gemische von ihnen mit andern Stoffen hergestellt, weiterverarbeitet, gesiebt, gelagert oder verpackt werden. Die Bekämpfung des Bleistaubes ist eine der wichtigsten gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben. Bleierkrankungen müssen gemeldet werden und sind durch die Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 unter die gewerblichen Erkrankungen aufgenommen, deren Folgen wie Unfälle entschädigt werden. Mehrere Betriebsschutzverordnungen geben Vorschriften über die hygienische Einrichtung von Betriebsstätten, worin Arbeiter mit Blei und seinen Verbindungen in Berührung kommen. Zu nennen sind hier die Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb der Bleihütten vom 16. Juni 1905, desgleichen der Zinkhütten und Zinkerzrösthütten vom 13. Dezember 1912, desgleichen von Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei oder Bleiverbindungen vom 6. Mai 1908, die Verordnung über die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und andern Bleiverbindungen vom 27. Januar 1920, die Vorschriften für Betriebe, in denen Maler-, Anstreicher-, Tüncher-, Weißbinder- oder Lackiererarbeiten ausgeführt werden, vom 27. Juni 1905. Ihnen allen sind gemeinsam eingehende Anweisungen über den Umgang mit den gefährlichen Bleiverbindungen, über die Beschaffenheit und Reinhaltung der Arbeitsräume, über die Absaugung und Unschädlich-

machung des Staubes, über die ärztliche Einstellungsuntersuchung und Überwachung, über das Verhalten des Arbeiters, schließlich über Wasch- und Badeeinrichtungen und über Eßräume. Um die mittelbare Übertragung von Blei in den Körper zu vermeiden, enthalten diese Schutzverordnungen auch sämtlich ein Verbot des Rauchens, Schnupfens und Kauens von Tabak während der Arbeit, des Genusses von geistigen Getränken und des Mitnehmens von Nahrungsmitteln in die Arbeitsräume. Um der Entwicklung von Bleistaub vorzubeugen, sind die Hütten und Metallgewinnungsanlagen in Hamburg bemüht, die Beförderung der Rohstoffe zu mechanisieren und die Aufbereitung nur in Maschinen geschlossener Bauart vorzunehmen. Der an der Entstehungsstelle aufgefangene und abgesaugte Staub aus den Röstapparaten, den Destillier-, Schacht- und Treiböfen sowie die beim Abstich auftretenden Dämpfe werden in einer elektrischen Gasreinigungsanlage von schwebenden Stoffen befreit, ehe sie ins Freie gelangen, oder werden durch hohe Essen abgeführt. Im übrigen aber sorgt man für gut lüftbare Räume und vermeidet den Austritt von Staub und Dämpfen in die Raumluft. In einer Kupfer- und Bleihütte erhält außerdem jeder Arbeiter, der der Bleieinwirkung ausgesetzt ist, unentgeltlich Milch, die vor Arbeitsbeginn getrunken wird. Den vorstehend aufgeführten Maßnahmen ist es zu verdanken, daß die Zahl der Bleierkrankungen in den Metallhütten Hamburgs wesentlich abgenommen hat. Entsprechend den Bestimmungen der Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb der Buchdruckereien und Schriftgießereien vom 31. Juli 1897/22. Dezember 1908 werden in den Schriftgießereien sowie an den vielfach verwendeten Setzmaschinen und in den Stereotypien die Heizgase und die Bleischmelzdünste durch geschlossene Abzugshauben aufgefangen und durch elektrische Entlüfter und gut ziehende Schornsteine abgesaugt. Auf die Instandhaltung und Verbesserung derartiger Entlüftungsanlagen sowie auf die Reinhaltung der Setzerräume und Letternkästen richten die Gewerbeaufsichtsbeamten dauernd ihr Augenmerk. Bleierkrankungen sind daher in Buchdruckereien und Schriftgießereien kaum zu verzeichnen. Die Arbeit des Bleilöters ist besonders dann gefährlich, wenn statt der Leuchtgas- oder Azetylenflamme eine Wasserstoffflamme beim Löten verwendet wird. Bleivergiftungsgefahr besteht auch in Gummifabriken, wo Bleiglätte in den Mischanlagen verarbeitet wird. Um den Bereich des Arbeitsgebietes, das allein die Bleivergiftungsgefahr liefert, zu vervollständigen, seien endlich noch die Bleischädigungen erwähnt, die in Abwrackwerften unter den Autogenbrennern beim Zerschneiden der



Abb. 8. Mustergültiger Arbeitsraum in der Chemischen Fabrik Promonta



Abb. 9 Mundspülbecken und Badezelle für Bleiarbeiter im Betrieb der Norddeutschen Affinerie

mit Blei- und Zinkfarben angestrichenen Eisenplatten vorgekommen sind. Hier wurde u. a. die Benutzung von Atemschützern und regelmäßige ärztliche Überwachung gefordert. Die vom Reichsarbeitsminister im Benehmen mit dem Reichsgesundheitsamt aufgestellten Richtlinien für den Gesundheitsschutz der Arbeiter in Abwrackwerften entsprechen in den wesentlichen Punkten den in Hamburg erhobenen Forderungen. Die bei der Herstellung von arsenigsauren Salzen auftretende und durch Hautausschläge am Mund und an den leicht schwitzenden Körperteilen gekennzeichnete Gewerbekrankheit wird in Hamburg bekämpft durch gute Staubabsaugung, durch Einfetten der unbedeckten Körperteile, durch Benutzung von dichtschließender Schutzkleidung, ferner durch kurzfristige Ablösung der Mannschaft und durch sorgfältige Körperreinigung. Den Erkrankungen, die beim Umgang mit Chromsäure und ihren Alkalisalzen auftreten, sucht die Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten vom 16. Mai 1907 zu begegnen durch Bestimmungen, die den für Bleibetriebe geltenden fast gleich sind. Vorzügliche Absaugevorrichtungen sind nötig, um die bei der elektrolytischen Verchromung von Metallbeschlägen auftretenden Chromsäurenebel zu beseitigen (s. Abb. 3). Die Arbeiter, welche die Chrombäder bedienen, müssen Gummihandschuhe tragen und auf ihren Gesundheitszustand hin dauernd überwacht werden. Um Hauterkrankungen zu vermeiden, die durch Einwirkung von Zement an den Füßen von Betonarbeitern auftreten, wurde eine Firma veranlaßt, ihren Arbeitern, die in dem als flüssigen Brei aufgebrachten Beton stehen müssen, außer halblangen Lederstiefeln noch Gummistrümpfe und zum Einreiben der Füße Lanolinsalbe zur Verfügung zu stellen. Diese Maßnahmen haben sich bewährt. Beim Verwiegen und Verpacken vom Opiumalkaloiden haben sich früher gelegentlich Hauterkrankungen gezeigt, die als pockenartige, nässende Hautausschläge an Händen, Armen, Gesicht und andern unbedeckten Körperteilen aufgetreten sind. Um dem entgegenzuwirken, wurden auf Veranlassung des Gewerbeaufsichtsamtes die Abzüge (Digestorien), unter denen die Alkaloide abgewogen werden, so eingerichtet, daß die Arbeitnehmer nur mit den Händen unter die Abzüge zu greifen brauchen, im übrigen aber gegen die schädliche Einwirkung des Alkaloidstaubes in üblicher Weise geschützt sind (s. Abb. 4). Erkrankungen sind seitdem nicht mehr vorgekommen. Hauterkrankungen und Schleimhautreizungen bei der Verarbeitung von ausländischen Hölzern sind in der hamburgischen Holz- und Musikinstrumentenindustrie als eigentümliche Erscheinung bekannt und beruhen auf der Einwirkung des Staubes, der beim Zersägen dieser Holzarten auftritt. Durch Absaugung und andere übliche Schutzmaßnahmen kann dem entgegengewirkt werden. Erkrankungen an Hautkrebs und krebsigen Hautveränderungen finden sich verhältnismäßig häufig bei Arbeitern in Brikettfabriken, in denen Teer und Pech als Bindemittel zum Brikettieren verwendet werden. Das Gewerbeaufsichtsamt sorgt dafür, daß in solchen Betrieben ausreichende Wasch- und Badegelegenheit vorhanden ist, und daß die gefährdeten Arbeiter die bloßen Hautstellen mit einer geeigneten Salbe einfetten. Die Schädigungen der Haut, die bei dem Umgang mit Säuren und ätzenden Laugen, Salzlösungen, Mineralölen und Terpentinöl auftreten, werden durch Benutzung von Schutzkleidung aus säurefesten Stoffen, von Gummihandschuhen und durch Einfetten verhindert. Bei der Reinigung der Feuerzüge von Schiffskesseln, die mit Öl geheizt werden, treten bei den Kesselreinigern gelegentlich Hautätzungen und Erkrankungen der tieferen Luftwege ein. Die Erscheinungen haben ihre Ursache in den beim Reinigen aufgewirbelten Verbrennungsrückständen, die infolge eines Gehaltes an Eisenvitriol auf schwitzender Haut oder einge-



Abb. 10. Waschraum der Fischkonservenfabrik von Brix Hansen. An der Decke Handtuchhalter und Maueranschlag „Nägel reinigen". An den Seitenwänden zwischen den Kacheln kleine Spiegel.

atmet in den Luftwegen Schwefelsäure hydrolytisch abspalten. Einreibungen mit Salbe und Benutzung von Atemschützern sind auch hier bewährte Schutzmaßnahmen. Die Schädigung der Atmungsorgane durch Ammoniak gewinnt gewerbehygienisch eine größere Bedeutung, seitdem in vermehrtem Umfange Eismaschinen, in denen vorwiegend Ammoniak als Kälteträger verwendet wird, Eingang in die Mittel- und Kleinbetriebe des Nahrungs-, Genußmittel- und Schankwirtschaftsgewerbes gefunden haben. Der häufige Mangel an sachkundiger Beaufsichtigung gibt oft Anlaß zu Störungen und zu dem damit verbundenen Austritt von Ammoniak. Stets wird daher bei Aufstellung solcher Kältemaschinen neben geeigneter Lage und ausreichender Lüftung des Arbeitsraumes die Bereithaltung von Gasmasken mit entsprechenden Einsätzen verlangt. Die Ansammlung von Auspuffgasen der Verbrennungskraftmaschinen in geschlossenen Räumen, wie Kraftwagenhallen und Ausbesserungswerkstätten für Kraftwagen, bildet eine große Gefahr für die dort anwesenden Personen. Das Gewerbeaufsichtsamt achtet daher darauf, daß Einrichtungen vorhanden sind, durch die die Auspuffgase beim Prüfen der Verbrennungskraftmaschinen und beim Leerlauf in geeigneter Weise unmittelbar ins Freie abgeführt werden. In der hamburgischen Verordnung für Anlagen zur Unterbringung von Kraftfahrzeugen vom 4. September 1926, die unter Mitarbeit des Gewerbeaufsichtsamts entstanden ist, sind die näheren Vorschriften darüber enthalten. Die großen Werften verfügen über umfangreiche Schmiedewerkstätten, die mit vielen Feuern ausgerüstet sind. Die Rauchgase dieser Schmiedefeuer dringen trotz Rauchkappen häufig in die Werkstatt, wo sie in größerer Menge gesundheitsschädigend wirken. Als geeignet zum Auffangen der Rauchgase hat sich eine doppelwandige, über jedem Schmiedefeuer angebrachte Rauchkappe erwiesen, durch deren schmalen, am unteren Rand befindlichen Schlitz die sich abzweigenden Rauchgase abgesaugt werden. Sie können daher nicht mehr über den Rand der Rauchkappe hinaus in die Werkstatt gelangen, womit eine sehr vollkommene Entlüftung erreicht wird. Einige bei der Reinigung von Behältern in der Wasserwerkstatt einer Gerberei vorgekommene Erkrankungsfälle, deren Ursache die Einatmung von Schwefelwasserstoff (Schwefelnatriumbehandlung der Häute) und Kohlensäure gewesen sein mag, mahnte zur Vorsicht beim Besteigen der Behälter und gab dem Gewerbeaufsichtsamt Veranlassung, besondere Maßnahmen für die Handhabung der Reinigungsarbeiten vorzuschreiben.

Vergiftungen durch schweflige Säure sind vor allem die Arbeiter in Mineralölfabriken ausgesetzt, wo dieses Gas bei der Behandlung der Rohöle mit Schwefelsäure entsteht. Als gewerbehygienische Maßnahme gegen die Ausbreitung der Schwefligsäuredünste mußte eine genügend große Berieselungsanlage mit Abführung der Endgase in eine hohe Esse gefordert werden. Diese Einrichtung ist jetzt in allen größeren Mineralölfabriken Hamburgs vorhanden. Eine bedeutende Gefahrenquelle bildet die Verwendung von Blausäure zur Schädlingsbekämpfung. Die Blausäure wird seit neuerer Zeit dazu benutzt, um Mottenbrut in getrockneten Därmen unschädlich zu machen, sowie Motten und Ungeziefer in Möbeln und Stoffen zu töten. Einer unzulänglichen und unsachgemäßen Benutzung von Blausäure zur Schädlingsbekämpfung ist durch die Reichsverordnung vom 21. Januar 1919 und die Ausführungsbekanntmachung vom 7. Juli 1922 vorgebeugt. Außerdem werden in Hamburg für die Ausführung der Entwesungsarbeiten und für die Einrichtung von Entwesungskammern noch besondere Schutzvorschriften gegeben, die im wesentlichen darauf hinauslaufen, das Entweichen von Blausäuregas zu verhindern und eine ausreichende Lüftung der Kammern zu gewährleisten. In engen Schiffsräumen sind die Maler durch das Einatmen der Dünste von Anstrichmitteln erheblich gefährdet. Es zeigte sich, daß insbesondere die schnelltrocknenden Anstrichfarben leichtflüchtige Bestandteile des Steinkohlenteers, vor allem das giftige Benzol, als Lösungsmittel enthielten. Daß gerade die Schiffsbauindustrie von den schnelltrocknenden Anstrichmitteln Gebrauch macht, hängt mit der Art der auszuführenden Arbeiten zusammen und dann auch damit, daß bei Schiffsausbesserungen die Räume schnell wieder gebrauchsfähig sein müssen. Der Anstrich von geschlossenen Schiffsräumen, wie Kettenkasten, Vorder- und Hinterpiek, Wellentunnel, Bilgen, Balasttanks, Doppelboden und dergleichen, stellt den gefährlichsten Teil der Anstreicherarbeiten dar. Nach Erkennung dieser Gefahr durften daher schnelltrocknende Schiffsfarben und Rostschutzmittel auf Anordnung des Gewerbeaufsichtsamts nur noch unter besonderer Beaufsichtigung verstrichen und für Innenanstrich nur dann verwendet werden, wenn wirksame Vorsichtsmaßregeln, wie Frischluftzuführung, Begrenzung der Beschäftigungsdauer, Einlegung von Pausen sowie Belehrung der Arbeiter getroffen waren. Die von Hamburg ausgehenden Anregungen fanden dann ihren Niederschlag in Grundzügen für die Ausführung von Anstreicherarbeiten in Schiffsräumen, die später aufgegangen sind in der Reichsverordnung über die Ausführung von Anstreicherarbeiten in Schiffsräumen vom 2. Februar 1921. Ähnliche Gefahren für die Gesundheit der Arbeiter birgt das sogenannte Lackspritzverfahren in sich, das darin besteht, daß gelöste Farbstoffe mittels Druckluft auf die anzustreichenden Flächen gespritzt werden. Die Gefahr beruht einmal auf dem Lösungsmittel, das meist aus leichten Kohlenwasserstoffen besteht, und auf seiner feinen Zerstäubung, zum andern auf den verwandten Metallfarben, die Blei, Quecksilber, Chrom und Arsen enthalten können. Durch die sonst übliche Absaugung der Farbdünste ist hier nicht immer eine gewerbehygienisch einwandfreie Beseitigung der schädlichen Dünste zu erreichen. Als Schutzgerät hat sich indessen eine Einrichtung bewährt, bei der während des Spritzens ein schützender Luftschleier vor dem Gesicht des Arbeiters (s. Abb. 5) oder um die Spritzpistole herum (s. Abb. 6) erzeugt wird, ohne daß Atmung und freie Sicht behindert werden. Für Reinigungsarbeiten in Tanks, worin Tran gelagert wird, sind wegen der dabei auftretenden, durch die Fettsäure verursachten Augenreizungen besondere Richtlinien vom Gewerbeaufsichtsamt erlassen worden, die eine genügende Lüftung und eine öftere Unterbrechung der Arbeit gewährleisten sollen. In der Hamburger Bekleidungsindustrie erfordert die Gefahr des Einatmens von Benzindunst beim Kleben von Gummimänteln besondere Berücksichtigung. Es wurden deshalb in Hamburg Grundsätze für Sicherheitsmaßnahmen bei Anfertigung von Gummimänteln ausgearbeitet und sowohl bei den großen Firmen als auch bei den mit dem Kleben von Gummimänteln in der Hausarbeit beschäftigten Heimarbeiterinnen durchgeführt. Als in den letzten Jahren in einigen Gummimäntelklebereien Arbeiterinnen erkrankten, weil zur Bereitung der Gummilösung Benzol verwendet worden war, wurde die Verwendung jeder anderen Flüssigkeit als Benzin mit höchstens 25 v. H. Benzolzusatz verboten. Strenge Maßnahmen zum gesundheitlichen Schutz der Arbeiter sind bei der Verwendung von Schwefelkohlenstoff oder Chlorschwefel zum Vulkanisieren von Gummiwaren nötig und in der Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb gewerblicher Anlagen zur Vulkanisierung von Gummiwaren vom 1. März 1902 niedergelegt. Erkrankungen an Schwefelkohlenstoffvergiftung müssen ebenso wie die Erkrankungen durch Blei, Arsen, Benzol gemäß Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 gemeldet und wie Unfälle entschädigt werden.

Von den gefährlichen gewerblichen Erkrankungen, die durch tierische Organismen hervorgerufen werden, ist hier in erster Linie die Erkrankung an Milz-

brand zu nennen. Sie tritt in Hamburg besonders beim Umschlag von Tierhäuten und Tierhaaren im Hafen und bei der Verarbeitung von Tierhäuten in Gerbereien auf. Aufmerksamkeit und peinlichste Sauberkeit vermindern die Gefahr. Warnungstafeln mit bildlichen Darstellungen und Verhaltungsmaßregeln sind in allen Betrieben dieser Art auszuhängen. Die Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb der Roßhaarspinnereien, Haar- und Borstenzurichtereien sowie Borsten- und Pinselmachereien vom 22. Oktober 1902 soll der Gefahr der Milzbrandinfektion in den aufgezählten Betriebsarten vorbeugen.

Das Gewerbeaufsichtsamt verlangt als eine selbstverständliche Voraussetzung der Werkstatthygiene, daß in allen gewerblichen Betrieben ausreichende Wascheinrichtungen und gesundheitlich einwandfreie Bedürfnisanstalten vorhanden sind. Die Waschgelegenheiten sollen möglichst mit fließendem Wasser ausgestattet sein, damit an Wasser nicht gespart wird. In Betrieben, worin Staub und Dämpfe in erheblichem Umfange auftreten oder worin mit gesundheitsschädlichen Stoffen gearbeitet wird, werden außerdem noch Badeeinrichtungen mit Kalt- und Warmwasser, in besonderen Fällen auch Bereithaltung von Handtüchern, Seife, Bürsten und Mundspüleinrichtungen sowie Bereitstellung von Atemschutzgerät gefordert. Auch die Einrichtung von besonderen Aufenthalts- und Umkleideräumen, die mit Kleiderablagen, Tisch, Sitzgelegenheit und Speisewärmvorrichtung ausgestattet und während der kalten Jahreszeit geheizt sein müssen, gehört zu den stets wiederkehrenden Forderungen des Gewerbeaufsichtsamts. Damit aber die angeordneten und durchzuführenden hygienischen Schutzmaßnahmen wirksam werden, ist es nötig, daß auch der Betriebsinhaber selbst aus eigenem, innerem Bedürfnis heraus seine Aufmerksamkeit der Gesundheitsfürsorge für seine Arbeitnehmer zuwendet und sich hierbei die Erfahrungen des Gewerbeaufsichtsamts zunutze macht. So sehen wir denn in sozial geleiteten Betrieben musterhafte Arbeits- und Wohlfahrtsräume entstehen, über die abschließend noch einiges gesagt sein soll. Vorbildliche, den höchsten Ansprüchen genügende Arbeitsräume hat eine große vorwiegend auf Mitgliedsbeiträgen der Arbeiter gegründete Genossenschaft für ihren Bäckereibetrieb geschaffen (siehe Abb. 7). Große Fenster sorgen für das nötige Licht, hohe Räume für eine reichliche Durchlüftung. Außerdem sind große Baderäume eingerichtet, zu denen Garderobenräume gehören, worin die Belegschaft ihre Straßenkleidung ablegt und dafür an anderer Stelle Arbeitskleidung empfängt. Ähnlich mustergültig sind die Arbeitsräume in einer Fabrik chemisch-pharmazeutischer Präparate (siehe Abb. 8). Die lichtdurchfluteten Laboratorien und staubfreien Arbeitssäle dieses Betriebes lassen das Gefühl, daß sie zu einem gewerblichen Unternehmen gehören, kaum mehr aufkommen. Vorbildliche hygienische Baderäume nebst neuartigen Mundspülvorrichtungen hat eine Hamburger Kupfer- und Bleihütte geschaffen (siehe Abb. 9). Gleichzeitig ist bei den bleigefährdeten Arbeitern dieser Hütte der Wechsel der Kleidung zwangsläufig so geregelt, daß der Garderobenraum, worin die Straßenkleidung abgelegt ist, nur betreten werden kann, wenn die Arbeitskleidung vorher in einem andern Garderobenraum abgelegt und die zwischen beiden Räumen gelegene Badeeinrichtung benutzt worden ist. Eine Hamburger Fischkonservenfabrik stellt jeder ihrer Arbeiterinnen ein eigenes Stück Seife, eine eigene Bürste und ein eigenes Nagelmesser zur Verfügung, und verlangt, daß die Arbeiterinnen stets mit sauberen Händen an die Arbeitsplätze gehen. Zu diesem Zweck ist der ständig überwachte Waschraum (siehe Abb. 10) als Zugangsraum zu den Arbeitsräumen einerseits und zu den Umkleideräumen sowie Bedürfnisanstalten andererseits angeordnet. In die gekachelten Wände des Waschraumes sind eine größere Anzahl von Spiegeln eingelassen, vor denen die Arbeiterinnen ihr Haar unter einer Stirnbinde, die während der Arbeit zur Zurückhaltung der Haare getragen werden muß, ordnen können.

Die vorstehenden Ausführungen konnten im Rahmen dieser Festschrift nur einiges aus dem Tätigkeitsbereich des Hamburgischen Gewerbeaufsichtsamts hervorheben, das Arbeitsgebiet aber bei weitem nicht erschöpfen. Vor allem mußte das gesamte weitverzweigte Gebiet des Unfallschutzes unberücksichtigt bleiben. Immerhin läßt die Darstellung einen Einblick zu in die Mannigfaltigkeit und hamburgische Besonderheit der gewerbehygienischen Aufgaben des Gewerbeaufsichtsamts.

Die Arbeit der Stadtärzte und des Hygienischen Instituts auf dem Gebiete der Gewerbehygiene ist in den Aufsätzen über die Gesundheitsdienststellen besprochen, wie sie auch im vorstehenden Aufsatz des Gewerbeaufsichtsamts entsprechend gewürdigt worden ist. Es sei an dieser Stelle nur der Hinweis auf diese Abschnitte gegeben.

DIE BERUFSGENOSSENSCHAFTEN

VON DIREKTOR SASS

NACH dem Deutsch-Französischen Kriege 1870 bis 1871 erkannte Bismarck die Notwendigkeit, daß von der Lösung der sozialen Frage der Bestand des Deutschen Reiches abhängig war. Auf seine Initiative erfolgte daher die kulturhistorische Tat der „Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881."

In Verfolg der Botschaft erschien zuerst das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883, dann im Anschluß an das Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und dann das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899, die nach mehrfachen Änderungen in den Jahren 1885, 1886, 1887 und 1900 in die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 zusammengefaßt wurden.

Außer diesem großen Gesetzgebungswerk wurden im Laufe der Jahre zur Lösung der sozialen Frage noch das Reichsknappschaftsgesetz, Versicherungsgesetz für Angestellte und das Gesetz für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung geschaffen.

Die Bestimmungen über die Reichsunfallversicherung finden sich im dritten Buch der Reichsversicherungsordnung. Als Versicherungsträger der Reichsunfallversicherung wurden die Berufsgenossenschaften bestimmt, und zwar wurden die Angehörigen gleicher Berufe bzw. Gewerbszweige nach örtlichen Bezirken zusammengeschlossen, da die Gefahrenquellen und Unfallziffern der einzelnen Gewerbszweige ganz verschieden sind. Die Berufsgenossenschaften sind Selbstverwaltungskörper, die mit der Durchführung der für die Unfallversicherung erlassenen Reichsgesetze und Verordnungen betraut sind, und die der Aufsicht des Reichsversicherungsamts unterstehen. Ihre innere Organisation ist nach den grundlegenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung durch eine vom Reichsversicherungsamt genehmigte Satzung geregelt. Zur Zeit bestehen

- 66 gewerbliche,
- 40 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften und
- 499 Ausführungsbehörden für Betriebe des Reichs, der Länder, Provinzen und Gemeinden.

Die der Reichsunfallversicherungspflicht unterliegenden Gewerbszweige sind in §§ 537/38 der Reichsversicherungsordnung festgelegt. Alle Angehörigen dieser Gewerbszweige müssen der für ihren Beruf in Frage kommenden Berufsgenossenschaft angehören.

Die Aufbringung der Mittel erfolgt durch die Betriebsunternehmer allein, und zwar werden diese umgelegt auf die einzelnen Betriebe nach den von ihnen gezahlten Löhnen und nach den für sie in Frage kommenden Gefahrenklassen, die in Zwischenräumen von je fünf Jahren nach der verschiedenen Gefährlichkeit der Betriebe festgesetzt werden.

Versichert sind sämtliche in den der Unfallversicherungspflicht unterliegenden Betrieben beschäftigten Personen gegen Unfälle, die sie im Betriebe erleiden. Durch das Gesetz vom 14. Juli 1925 sind auch die Wege von und zu der Arbeit und durch die Verordnung vom 12. Mai 1925 die Berufskrankheiten in die Versicherung eingeschlossen.

Gegenstand der Versicherung ist der Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht.

Die Berufsgenossenschaften haben bei Verletzungen Krankenbehandlung, Rente oder Krankengeld für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit sowie Berufsfürsorge zu gewähren. Krankenbehandlung und Berufsfürsorge sollen mit allen geeigneten Mitteln die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung bzw. Erwerbsunfähigkeit beseitigen und eine Verschlimmerung verhüten sowie den Verletzten zur Wiederaufnahme seines Berufs oder evtl. eines neuen Berufs befähigen.

Durch das zweite Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 14. Juli 1925 ist die vordem bestehende Wartezeit von 13 Wochen, d. h. die Berufsgenossenschaft hatte für den Verletzten erst 13 Wochen nach dem Unfall einzutreten, beseitigt worden. Die Berufsgenossenschaft ist nunmehr verpflichtet, in allen nur irgendwie geeigneten Fällen die Fürsorge möglichst sofort zu übernehmen, um ein im Sinne rascherer und vollständigerer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wirksameres Heilverfahren zu gewähren. Abkommen mit den Krankenkassen zur schnellsten Überweisung der geeigneten Fälle und Durchführung der bestmöglichsten Heilverfahren für Rechnung der Berufsgenossenschaft dienen diesem Zwecke.

Die Auszahlung der seitens der Berufsgenossenschaft festgesetzten Entschädigungen erfolgt durch die Post, die ihr wieder zu erstatten sind.

Die Feststellung der Entschädigungen erfolgt durch die Rentenfeststellungskommission, der auf Grund des Gesetzes vom 30. Oktober 1923 auch ein Arbeitnehmer angehört. Über die Entscheidungen

wird schriftlicher Bescheid erteilt, gegen den Berufung beim zuständigen Oberversicherungsamt erhoben werden kann. In besonderen Fällen ist Rekurs an das Reichsversicherungsamt zulässig.

Neben dem überaus wichtigen Gebiet der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung ist mit die vornehmste Aufgabe der Berufsgenossenschaften die Sorge um die Unfallverhütung. Der Unfallsicherheit der Arbeitsverfahren, der einzelnen Maschinen und Geräte, muß die größte Aufmerksamkeit zugewandt werden, um dem Grundsatz „Unfallverhütung ist besser als Schaden heilen" zum Siege zu verhelfen.

Auf der Basis des Altbewährten entwickelte sich die berufsgenossenschaftliche unfallverhütende Tätigkeit in den letzten Jahren kräftig weiter. Daneben wurden neuerdings in erhöhtem Maße Verbesserungen in der unfalltechnischen Organisation der Betriebsführung und die intensivere Einwirkung auf die Versicherten selbst angestrebt und erreicht.

Abb. 1 zeigt die bei der Nordwestlichen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft im Jahre 1927 gemeldeten Unfälle nach Ursachen gegliedert; Abb. 2 stellt einen Schmirgelstein mit modernsten Schutzmaßnahmen dar, Abb. 3 eine Drehbank neuester Konstruktion, bei der jede besondere Schutzvorrichtung überflüssig geworden ist; die Abb. 4 und 5 zeigen zwei von den zahlreichen Unfallverhütungsbildern, die die Berufsgenossenschaften in den letzten Jahren herausbrachten, um den Versicherten die Unfallverhütung näherzubringen. Dem zuletzt genannten Zwecke dienen neuerdings auch Filme, von denen der Film „Vorsicht! Gefahr!", der vom Verbande der Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften herausgegeben wurde, besonders genannt sei.

Zur Illustration des Umfanges der Reichsunfallversicherung mögen einige Zahlen dienen:

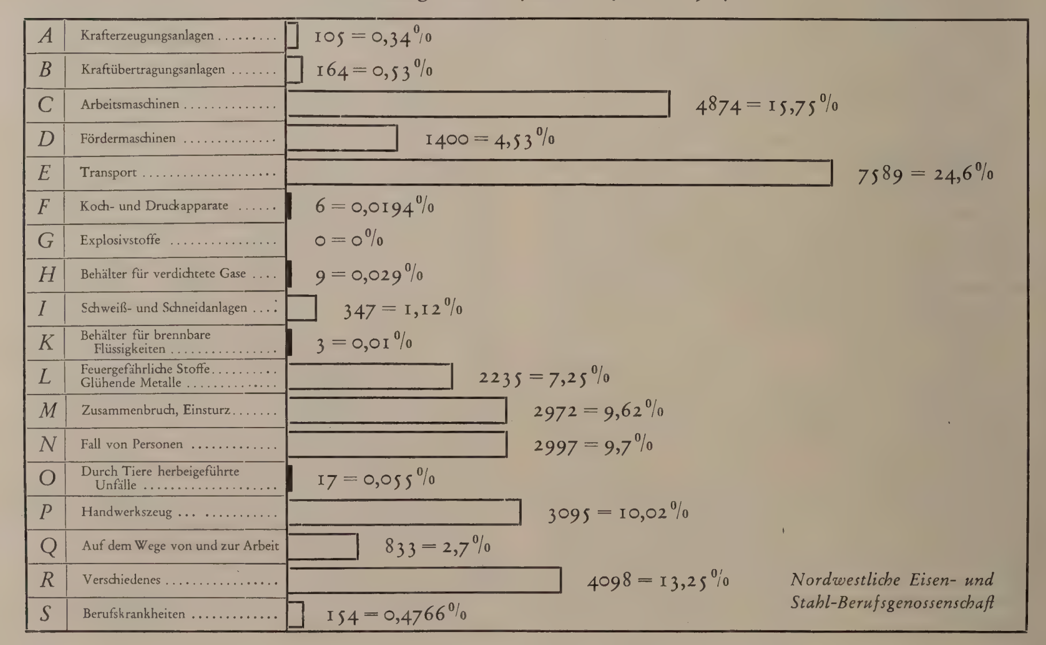
Versichert sind im Deutschen Reich 5 480 747 Betriebe mit 23 986 284 Personen.

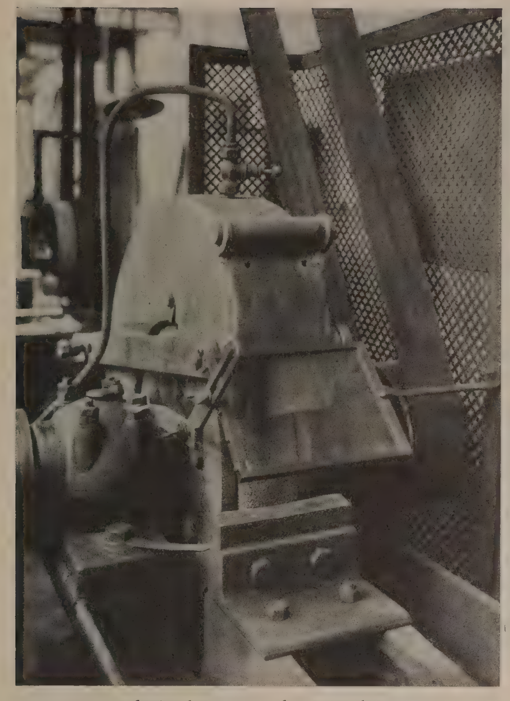
Unfälle wurden im Reich gemeldet:

im Jahre 1913	789 373
„ „ 1924	645 974
„ „ 1925	863 502
„ „ 1926	1 011 127
„ „ 1927 . . . . rund	1 290 000

Wenn auch gegenüber der Zahl für 1926 an sich eine Vermehrung der Unfälle eingetreten ist, so ist aber gleichzeitig die Zahl der beschäftigten Arbeiter erheblich gestiegen, und es läßt sich deshalb mit Sicherheit feststellen, daß die Unfälle für die gleiche Anzahl Arbeiter nicht unerheblich zurückgegangen sind.

Verteilung der Unfälle im Jahre 1927





Schmirgelstein mit Schutzvorrichtung

Zahl der erstmalig entschädigten Unfälle:

1913	139 633
1924	80 820
1925	107 517
1926	126 677
1927	135 931

Die geleisteten Entschädigungen betragen:

1913	Rm.	176 638 149
1924	„	111 632 428
1925	„	178 739 589
1926	„	265 724 978
1927 . . . . rund	„	279 052 000

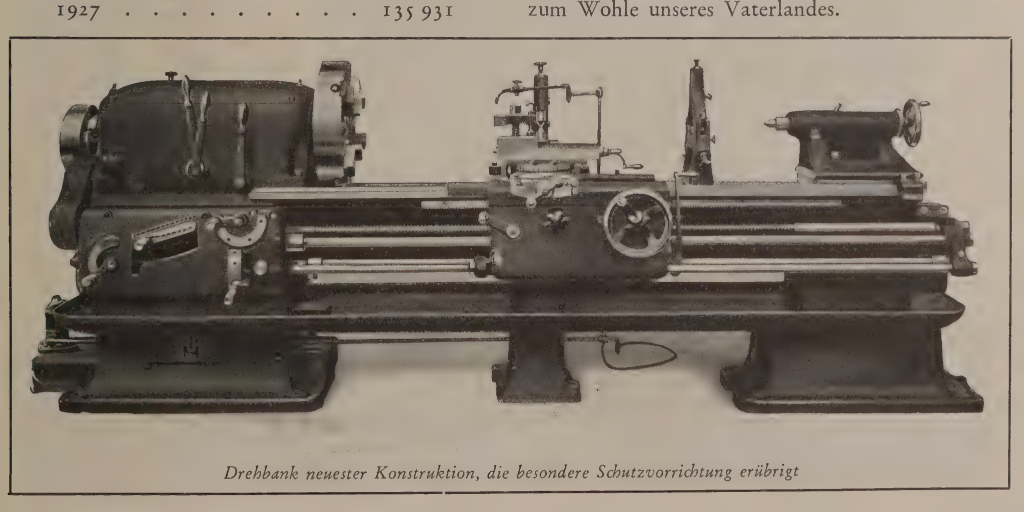
Die Ausgaben für die Sozialversicherung betrugen im Jahre 1925 allein etwa 2½ Milliarden Mark. Hiervon wurden rund 1,2 Milliarden von den Versicherten, über eine Milliarde von den Arbeitgebern und rund 220 Millionen vom Reiche aufgebracht.

Zu bemerken ist noch, daß die Durchführung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung vom Unfalltage ab, die gegenüber dem vorher bestehenden Zustand etwas ganz Neues brachte, in unserer Heimatstadt Hamburg dank der verständnisvollen Mitarbeit der Hamburger Ärzteschaft sich, abgesehen von ganz vereinzelten Fällen, die fast durchweg eine Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen und der sonstigen Materie erkennen ließen, reibungslos abgewickelt hat.

Möge die Tatsache, daß die Unfallverletzten in erster Linie die die Entschädigungslasten allein tragende Berufsgenossenschaft angehen, immer mehr und mehr von der Ärzteschaft verstanden und das Bestreben des Versicherungsträgers,

> den gegen Unfall von dem Unternehmer versicherten Verletzten möglichst gründlichst von den Unfallfolgen wiederherzustellen,

richtig gewürdigt werden, denn ohne jeden Zweifel dienen die Heilverfahrensmaßnahmen in erster Linie den Interessen der Unfallverletzten und fördern sodann die volkswirtschaftlichen Aufgaben zum Wohle unseres Vaterlandes.



Drehbank neuester Konstruktion, die besondere Schutzvorrichtung erübrigt

Nicht rauchen!

DADURCH ENTSTEHT EIN FABRIKBRAND!



DAS VETERINÄRWESEN

VON LANDESTIERARZT DR. MAYER, HAMBURG

DER Schutz unserer Haustiere vor übertragbaren Krankheiten ist für die Volkswohlfahrt von größter Bedeutung. Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung hängen wesentlich vom Vorhandensein eines zur Ernährung des Volkes mit Fleisch, Milch und Fett ausreichenden Viehbestandes ab. Ohne die Möglichkeit der Verabreichung von Kuhmilch wäre die Ernährung zahlreicher Kinder in Frage gestellt. Ein wirksamer Seuchenschutz ist auch zur Erhaltung des im heimischen Tierbestand angelegten Volksvermögens notwendig. Die Viehbestände bilden einen der wertvollsten Besitze, die uns nach dem Kriege verblieben sind. Viehzucht, Viehmast und Viehhandel sowie Verarbeitung und Vertrieb von tierischen Erzeugnissen und Rohstoffen gewähren vielen Volksgenossen ein sicheres Fortkommen.

Unter dem Einfluß der in der Neuzeit üblichen, vielfach unnatürlichen Haltung und Fütterung und der Zucht auf möglichst hohe Leistung hat die Widerstandskraft der Haustiere gegen Krankheiten im allgemeinen und gegen Seuchen im besonderen stark nachgelassen. Zugleich hat der gewaltig angeschwollene Verkehr mit lebenden und toten Tieren sowie mit tierischen Erzeugnissen und Rohstoffen die Verschleppung von Tierseuchen außerordentlich begünstigt.

Diese Umstände zwangen zur staatlichen Bekämpfung der Tierseuchen. Dabei handelt es sich in erster Linie um die Bekämpfung der leicht übertragbaren und wirtschaftlich schweren Schaden bringenden Seuchen, wie der Rinderpest, der Lungenseuche und der Maul- und Klauenseuche, der Beschälseuche und des Rotzes, der Pockenseuche der Schafe, der Schweineseuche und Schweinepest sowie der Geflügelcholera und der Hühnerpest. In zweiter Linie erstreckt sich die Bekämpfung auf Milzbrand, Rauschbrand, Wild- und Rinderseuche, Tollwut, Bläschenausschlag der Pferde und des Rindviehs, Räude der Einhufer und der Schafe, Rotlauf der Schweine einschließlich des Nesselfiebers und äußerlich erkennbare Lungen-, Euter-, Gebärmutter- und Darmtuberkulose.

Für die Bekämpfung der Rinderpest sind maßgebend:

1. Norddeutsches Bundesgesetz, Maßregeln gegen die Rinderpest betreffend, vom 7. April 1869 — *Rinderpestgesetz;*
2. Reichsgesetz, betr. Zuwiderhandlungen gegen die zur Abwehr der Rinderpest erlassenen Vieheinfuhrverbote, vom 21. Mai 1878 — *Rinderpeststrafgesetz;*
3. Revidierte Instruktion zu dem Gesetze vom 7. April 1869, Maßregeln gegen die Rinderpest betreffend, vom 9. Juni 1873 — *Instruktion.*

Die wesentlichen Maßregeln zur Abwehr der Einschleppung aus dem verseuchten Auslande und zur Tilgung der Seuche im Inlande bestehen in Beschränkung oder Verbot der Einfuhr, des Transports und des Handels in bezug auf lebendes und totes Rindvieh, Schafe und Ziegen, tierische Erzeugnisse und Rohstoffe sowie giftfangende Sachen, ferner in Anzeigepflicht, Sperre, Tötung, unschädlicher Beseitigung, Entseuchung und Aufnahme des gesamten Rindviehbestandes in den gefährdeten Grenzbezirken.

Die Bekämpfung der übrigen übertragbaren Tierseuchen ist in Deutschland durch das Viehseuchengesetz vom 26. Juni 1909 und die Ausführungsvorschriften des Bundesrats zum Viehseuchengesetze vom 7. Dezember 1911 geregelt.

Nach § 2 Abs. 3 des Viehseuchengesetzes sind die näheren Vorschriften über das Verfahren, über die Form, von deren Beobachtung die Gültigkeit der auf Grund des Gesetzes zu erlassenden Anordnungen abhängt, über die Zuständigkeit der Behörden und Beamten und über die Bestreitung der Kosten von den Ländern zu treffen, nach § 67 auch die Bestimmungen darüber, von wem die Entschädigungen aufzubringen sind, und wie die Entschädigung im Einzelfalle zu ermitteln und festzustellen ist. Diese dem Landesrecht vorbehaltene Regelung findet sich in dem hamburgischen Ausführungsgesetz vom 30. Oktober 1911 und der Bekanntmachung des Senats vom 1. Mai 1912, betr. die Ausführung des Viehseuchengesetzes vom 26. Juni 1909.

Die reichsgesetzlichen Bestimmungen bezwecken die Abwehr der Einschleppung aus dem Ausland und die Bekämpfung im Inland.

Die zur Abwehr der Einschleppung aus dem *Ausland* erlassenen Vorschriften sehen vor: Verbot der Einfuhr von lebenden und toten seuchenkranken und verdächtigen Tieren, von Teilen und Erzeugnissen solcher Tiere und von sonstigen Trägern des Ansteckungsstoffes sowie Beschränkung oder Verbot der Einfuhr von lebenden und toten Tieren und tierischen Erzeugnissen oder Rohstoffen überhaupt, auch von giftfangenden Gegenständen, ferner Regelung des Verkehrs mit Tieren, Revisionen des Viehbestands und Ab- und Zugangskontrolle von Vieh

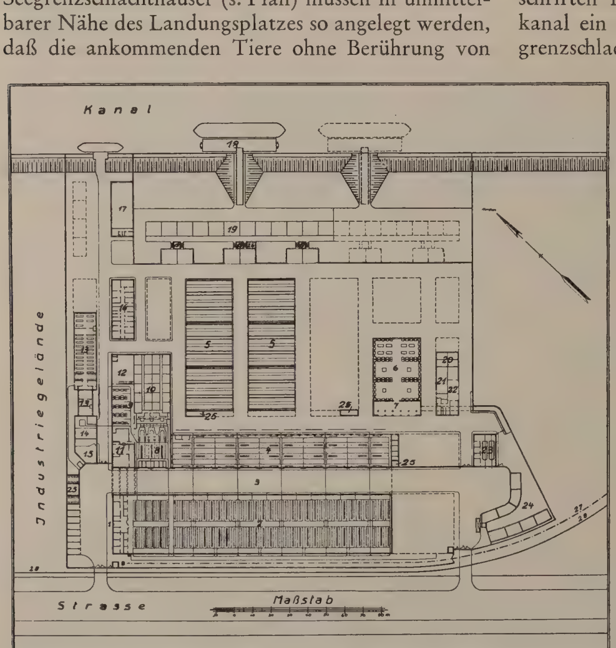
in den Grenzbezirken. Diese Bestimmungen haben für Hamburg ganz besondere Bedeutung. Denn über Hamburg als die größte Hafenstadt des Deutschen Reichs kommen naturgemäß viele ausländische Tiere sowie tierische Erzeugnisse und Rohstoffe auf dem Seewege ein. Diese Tiere werden an Bord des Dampfers oder bei der Ausladung amtstierärztlicher Untersuchung unterworfen (s. Abbildung) und sodann, soweit die Vorschriften es erfordern, zur amtstierärztlichen Beobachtung nach bestimmten Absonderungsräumen verbracht.

Die für die Absonderung von eingeführtem Schlachtvieh geltenden Vorschriften vom 11. Juli 1895 wurden bei Kriegsbeginn u. a. insofern gemildert, als die Länder ermächtigt wurden, von der Einhaltung einer Absonderungsfrist abzusehen. In neuerer Zeit hat sich, namentlich wegen der starken Ausbreitung der Maul- und Klauenseuche in Dänemark, die Notwendigkeit ergeben, die Einfuhr von Schlachtvieh in Quarantäneanstalten grundsätzlich anderweit zu regeln. Durch Verordnung des Reichsministers des Innern vom 1. Juli 1927 ist infolgedessen die Einfuhr des auf dem Seewege eingeführten Schlachtviehs nur noch nach Seegrenzschlachthäusern zugelassen, innerhalb deren die Abschlachtung am dritten Tage nach der Ankunft zu vollziehen ist. Die Seegrenzschlachthäuser (s. Plan) müssen in unmittelbarer Nähe des Landungsplatzes so angelegt werden, daß die ankommenden Tiere ohne Berührung von



Blutentnahme zur serologischen Untersuchung bei seewärts eingeführten Einhufer

Wegen und Plätzen, die dem öffentlichen Verkehre dienen, in die Stallungen der Anlage gelangen können. Bauart und Ausstattung der ganzen Anlage müssen derart sein, daß diese nebst der Inneneinrichtung gründlich gereinigt und desinfiziert werden kann. Der Verkehr von Personen in den Seegrenzschlachthäusern wird auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt. Niemand darf ohne Wechsel der Arbeitskleidung und ohne Reinigung und Entseuchung der Hände und des Schuhwerks die Anlage verlassen. Zur Erfüllung der Reichsvorschriften ist Hamburg im Begriff, am Moorflethkanal ein allen Anforderungen entsprechendes Seegrenzschlachthaus zu bauen, das am 30. Juni 1929 fertiggestellt sein soll.



Plan des Seegrenzschlachthauses

Erklärung:

1 *Verwaltung*
2 *Luftkühl- und Verkaufsraum*
3 *Abfuhrhalle*
4 *Rinderschlachthalle*
5 *Rinderställe*
6 *Kuttelei*
7 *Düngerhaus*
8 *Schweineschlachthaus*
9 *Spüle*
10 *Schweinestall*
11 *Kantine*
12 *Kesselhaus*
13 *Aufenthalts-, Umkleide- und Entseuchungsräume*
14 *Lagerstätte für Schlachtabgang*
15 *Konfiskatenhof*
16 *Fleischbeschauamt und tierärztliches Laboratorium*
17 *Futterschuppen*
18 *Landungsstelle*
19 *Viehwaagen und Untersuchungsbuchten*
20 *Darmschleimerei*
21 *Geräteraum*
22 *Werkstätten*
23 *Häuteraum*
24 *Düngerhof*
25 *Aborte*
26 *Zollraum*
27 *Anschlußgleis*
28 *Industriegleis*



Untersuchung des Auftriebs eines Viehmarkts

Zur Bekämpfung übertragbarer Tierseuchen im *Inland* dient die Anzeigepflicht, die sich auf alle vorerwähnten Seuchen erstreckt. Weiter kommen hierfür in Betracht die Vorschriften über die *Ermittlung der Seuchenausbrüche,* die Maßnahmen zum Schutze gegen die *ständige Gefährdung* der Viehbestände durch Viehseuchen und gegen eine *besondere Seuchengefahr* sowie die *besonderen Bekämpfungsmaßnahmen für einzelne Seuchen.*

Der Verhütung von Seuchenverschleppungen dient auch die Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Vorschriften über Krankheitserreger, vom 21. Nov. 1917 in Verbindung mit der Bekanntmachung des hamburgischen Senats vom 19. Dez. 1917, wodurch das Arbeiten und der Verkehr mit Krankheitserregern sowie deren Versand geregelt werden.

In Hamburg tritt die Bekämpfung von Viehseuchen unter den Viehbeständen bei der geringen Größe des Landgebiets gegenüber der Seuchenabwehr, die durch Überwachung der Einfuhr aus dem Auslande und der Zufuhr aus dem Inlande zu den hamburgischen Viehmärkten bewirkt wird, in den Hintergrund. Der umfangreiche Viehversand Hamburgs nach inländischen Viehmärkten würde die größte Gefahr der Verschleppung von Viehseuchen in sich bergen, wenn nicht das gesamte Vieh, das den hamburgischen Viehhöfen zugeführt wird, vor dem Betreten der Viehmärkte und vor dem Weiterversand gewissenhafter amtstierärztlicher Untersuchung unterzogen würde (vgl. Abbildung).

Für die Beschickung von Viehausstellungen in Hamburg wird mit Rücksicht auf den hohen Wert der zur Ausstellung gelangenden Tiere gefordert, daß die für die Ausstellung bestimmten Klauentiere vor dem Versand ausnahmslos der Schutzimpfung mit Löffler-Serum unterworfen werden, um sie für die Dauer der Ausstellung und der Rückbeförderung nach der Heimat gegen die Ansteckung mit Maul- und Klauenseuche zu schützen. Die mit dem Impfverfahren hierorts gemachten Erfahrungen sind günstig gewesen.

Notwendig für die Freihaltung der Viehmärkte, Ausstellungen usw. von Seuchen ist die nach jedem Entladen der Viehbeförderungsmittel unverzüglich einsetzende gründliche Reinigung und Entseuchung. Diesen Zweck verfolgen die Vorschriften über die Beseitigung von Ansteckungsstoffen bei Viehbeförderungen auf Eisenbahnen, die enthalten sind in dem Reichsgesetz vom 25. Februar 1876, den hierzu erlassenen Ausführungsbestimmungen des Bundesrats vom 16. Juli 1904, der Verordnung des Reichsministers des Innern vom 20. Februar 1926, den Bekanntmachungen des Senats vom 2. Januar 1905, 1. November 1907, 27. April 1914, 28. April 1926, der Polizeiverordnung vom 28. April 1911 und der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. Juli 1904. Die Entseuchung der zur Viehbeförderung benutzten Schiffe ist in der Verordnung des hamburgischen Senats vom 5. Oktober 1923 vorgeschrieben.



Blutentnahme zur Serumgewinnung

Im Interesse der Seuchenbekämpfung ist ferner neben der Kontrolle der Meiereien usw. die Überwachung der Serumgewinnungsanstalt erforderlich. Die zur Gewinnung von Schutz- und Heilseren für menschen- und tierärztliche Zwecke dienenden Tiere werden nach der Untersuchung auf ihre Brauchbarkeit zunächst abgesondert und während dieser Zeit durch Blutprüfung auf ansteckende Blutarmut und serologisch auf Rotz untersucht und dauernd überwacht. Von den Seren gegen Rotlaufseuche, Schweinepest und Gepflügelcholera werden Proben zur staatlichen Prüfung auf ihre Vollwertigkeit entnommen.

Als weitere Aufgabe fällt dem Veterinärwesen die gesundheitliche Überwachung der in der Staatsimpfanstalt zur Impfstoffgewinnung verwendeten Tiere zu.

Seit 1926 wird auch die Faulbrut der Bienen, die anzeigepflichtig ist, amtlich bekämpft. Die Bienenstände werden regelmäßig im Frühsommer und Herbst von einer auf Grund der Polizeiverordnung vom 13. September 1926 bestimmten Kommission revidiert, die aus einem beamteten Tierarzt und praktischen Imkern besteht.

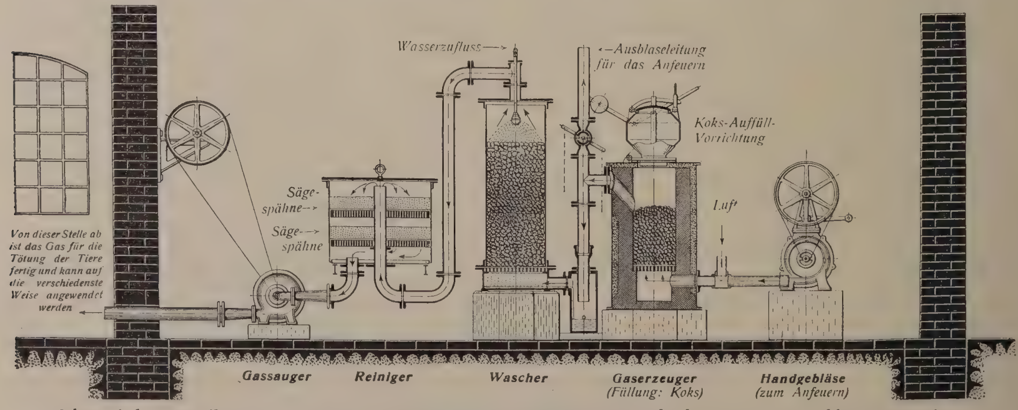
Ein wichtiges Glied in der Seuchenbekämpfung bildet die unschädliche Beseitigung der Tierleichen. Die hierzu erlassenen Vorschriften sind niedergelegt in dem Reichsgesetz, betreffend die Beseitigung von Tierkadavern, vom 17. Juni 1911, der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 29. März 1912, dem hamburgischen Gesetz, betreffend die Ablieferung von Tierkadavern, vom 22. Mai 1922 und den Ausführungsverordnungen des Senats vom 22. Januar und 26. März 1923.

TÖTUNG VON KLEINTIEREN.

Von Obertierarzt Dr. Stödter, Hamburg.

Zur Tötung von kleinen Haustieren dient eine Generatorgasanlage (s. Abbildung). Der hohe Gehalt des Generatorgases an Kohlenoxyd macht es zur Tötung von kleinen Haustieren besonders geeignet.

Die Tiere werden in einen oberhalb des Inhalierraumes befindlichen weitmaschigen Drahtkäfig gebracht, in dem gleichzeitig 20 und mehr Hunde oder Katzen Aufnahme finden können. Sobald der Inhalierraum mit Gas gefüllt ist, wird der Drahtkäfig in diesen hinabgelassen. Die Tiere bekunden weder Angst oder Aufregung noch Atemnot. Nach 10 bis 30 Sekunden werden sie von Schwindel befallen und bald völlig betäubt, worauf binnen 1—2 Minuten der Tod eintritt. Diese Art der Tötung stellt das schnellste und sicherste Verfahren der Tötung von kleinen Haustieren dar, das zugleich den Vorzug der Billigkeit besitzt.



Schematische Darstellung einer Anlage zur Erzeugung von Generatorgas zwecks humaner Tötung kleiner Haustiere. (Hersteller: Julius Pintsch A. G., Berlin)

SERUM-HERSTELLUNG UND STAATLICHE KONTROLLE IM SERUM-LABORATORIUM RUETE-ENOCH, HAMBURG

VON DR. HANS ENOCH

DAS Serum-Laboratorium Ruete-Enoch ist hervorgegangen aus dem im März 1892 von *Dr. Carl Enoch* im Hamburg gegründeten „Chemisch-Hygienischen Institute". Dieses Institut, damals das einzige dieser Art in Hamburg, konnte schon wenige Monate später, als die große Choleraepidemie in Hamburg ausbrach, bei der Bekämpfung dieser Krankheit wichtige Dienste leisten. In der folgenden Zeit wurde dann diese Abteilung der Seuchenbekämpfung in gemeinsamer Arbeit mit dem Hamburger Arzte *Dr. Adolf Ruete* weiter ausgebaut und im Jahre 1894 von der chemischen Abteilung abgetrennt und als selbständiges Unternehmen unter dem Namen: „Serum-Laboratorium Ruete-Enoch" eingetragen.

Serum-Institute unterstehen in Deutschland einer staatlichen Kontrolle. Diese wird in Hamburg von der Gesundheitsbehörde bzw. dem Veterinärwesen ausgeübt. Sie erstreckt sich im wesentlichen einerseits auf die Kontrolle der Serumtiere vor der Einstellung, während der Dauer der Behandlung und vor und nach der Ausblutung, andererseits auf Probeentnahmen für die staatliche Prüfung, Plombieren und Verwahrung der staatlich geprüften Präparate sowie Überwachung der Abfüllung derselben und Plombieren der abgefüllten gebrauchsfertigen Fläschchen. Weiterhin sind die Einhaltung bestimmter Vorschriften über Quarantäne, Temperaturmessungen der Serumtiere usw. zu überwachen und gelegentliche Stichproben auf Sterilität der Präparate vorzunehmen.

Wenn die behördlichen Untersuchungen bei einem neu eingestellten Pferde keinen Verdacht auf ansteckende Krankheiten, insbesondere Rotz und ansteckende Blutarmut, ergeben haben, kann mit der Immunisierung begonnen werden. Zu diesem Zwecke werden dem betreffenden Tiere steigende Mengen Bakterienkultur oder Toxin eingespritzt, wodurch mehr oder weniger starke Reaktionen hervorgerufen werden können. Nach einer gewissen Anzahl von Einspritzungen, die erfahrungsgemäß zur Erreichung des gewünschten Immunitätsgrades zu genügen pflegt, wird nach einem Zwischenraum von mehreren Tagen die erste Blutentnahme angeschlossen, durchschnittlich sieben bis acht Liter Blut. Nach dieser folgen wieder eine oder mehrere Einspritzungen und weitere Blutentnahmen, und so weiter bis zur Vornahme der vollständigen Ausblutung. Auf diese Weise kann man unter Umständen von einem einzigen Pferde große Mengen Blut erhalten, und Pferde, die im Laufe der Zeit mehrere hundert Liter Blut geliefert haben, sind keine Seltenheit. Voraussetzung hierfür ist natürlich eine besonders gute Ernährung und Pflege der Tiere während der Dauer der Behandlung.

Zur Aufnahme des Blutes bei der Blutentnahme verwendet man zweckmäßig hohe Glaszylinder. In diesen scheidet sich nach mehrstündigem Stehenlassen das Serum klar von den übrigen Blutbestandteilen ab, so daß es leicht von denselben abgegossen werden kann. Das Serum erhält zu Konservierungszwecken einen Zusatz von $^1/_2$ v. H. Karbol und wird dann auf Keimfreiheit und Wertigkeit geprüft.

Die Wertigkeitsprüfung der gebräuchlichsten Sera geschieht an Meerschweinchen und weißen Mäusen. Die Wertigkeit wird aus dem Grade der Verdünnung berechnet, in welcher das betreffende Serum eine bestimmte sonst sicher tödliche Dosis Kultur oder Toxin im Tierkörper noch zu neutralisieren vermag.

Erweist sich ein prüfungspflichtiges Serum als vollwertig und keimfrei, so wird es zur staatlichen Prüfung gegeben. Zu diesem Zwecke entnimmt der staatliche Kontrollbeamte Proben aus dem das Serum enthaltenden Gefäß und plombiert dann sowohl dieses Gefäß als auch die Probefläschchen, die er an die staatliche Prüfungsstelle mit einem ausführlichen Prüfungsschein einsendet.

Das Ergebnis der staatlichen Prüfung wird der Herstellungsstätte auf besonderen Formularen mitgeteilt. Ist ein Serum zugelassen, d. h. hat es sich bei der staatlichen Prüfung als vollwertig und keimfrei erwiesen, so kann es in den Verkehr gebracht werden. Zu diesem Zwecke wird es in Gegenwart des staatlichen Beamten aus dem von diesem plombierten Gefäß in handelsübliche Fläschchen abgefüllt, die wieder staatlich plombiert und mit Etiketten versehen werden, auf denen die Art und Menge des Inhalts, Herstellungsstätte, Ort und Datum der staatlichen Prüfung, Kontrollnummer und Verwendbarkeitsdatum genau angegeben sein müssen. Hiermit sind die Präparate dann zur Abgabe fertiggestellt.

Begleitschein No. 781

für die staatliche Kontrollstation

zu der vom Serum-Laboratorium RUETE-ENOCH in Hamburg eingesandten Diphtherie-Antitoxinlösung.

ad Kontroll (Hauptbuch) No. 781
(entspr. der Aufschrift auf den Probefläschchen)

Pferd No. 643. 645.

Datum der Blutentziehung 14. V. 27. 9. VI. 27.

Blutmenge in ccm 10 000

Menge des erhaltenen Serums 5000

Prüfungs-Ergebnis in der Fabrik
- Versuchstiere No. 49. 50.
- Antitoxin-Einheiten 1000.
- Sterilität keimfrei

Menge des Konservierungsmittels 0,5 % Carbol.

Tag der amtlichen Abfüllung 23. XI. 27

Datum der Einsendung zur Kontrollstation 23. XI. 27.

Bemerkungen: ———

Unterschriften der Abnahme-Beamten und der Expedienten der Fabrik:

Dr. Hans Enoch



Serum-Abscheidung

Prüfungs-Ergebnis

zum Begleitschein No. 781

betr. die vom Serum-Laboratorium RUETE-ENOCH in Hamburg am 23. XI. 1927 eingesandte Diphtherie-Antitoxinlösung. 5 Liter

Eingetroffen am 25. November 1927 Vorm. ~~Nachm.~~

ad Kontroll- (Hauptbuch-) No. 781.

Pferd No. 643. 645.

I. Die Lösung entspricht den gesetzlichen Anforderungen und hat den angegebenen Wert von 1000 Antitoxin-Einheiten

II. ~~Die Lösung wird beanstandet, weil~~

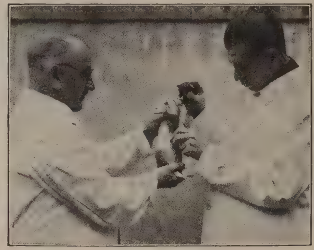
Der Kontrollstation sind demnach an Untersuchungsgebühren gutzuschreiben

461,25 Rm.

Frankfurt a. M., den 1. Dezember 1927.

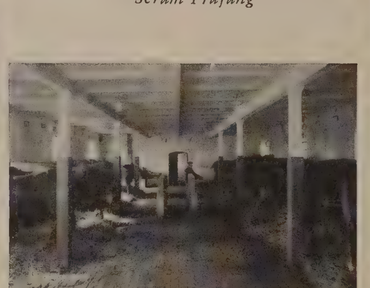
(L. S.)

Unterschriften der beiden Kontrollärzte:

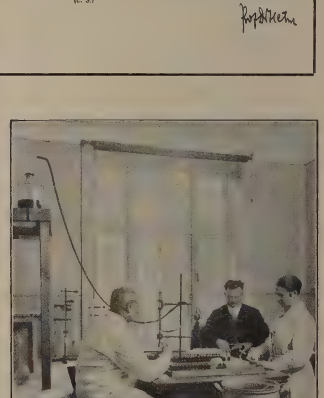


Serum-Prüfung

Brutraum



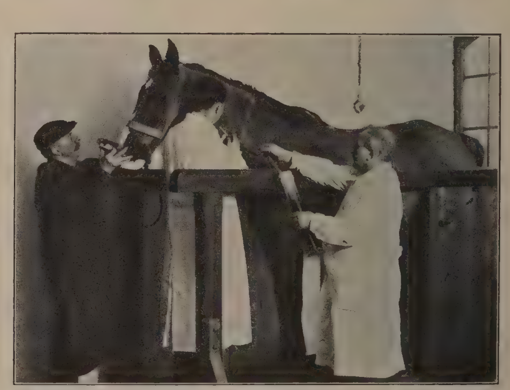
Stallung für Serumpferde



Staatliche Abfüllung



Einspritzung



Blutentnahme

Prüfungspflichtig sind in Deutschland folgende Sera und Impfstoffe:

a) Human-Medizin: Diphtherieserum, Tetanusserum, Meningokokkenserum, Ruhrserum, Diphtherie-Toxin-Antitoxin-Gemische, Tuberkulin;

b) Veterinär-Medizin: Rotlaufserum, Schweinepestserum, Geflügelcholeraserum.

Die Verwendbarkeitsdauer dieser Präparate ist staatlich festgesetzt, und zwar beträgt dieselbe für Diphterieserum, Tetanusserum und Ruhrserum 5 Jahre, für Meningokokkenserum und Diphtherie-Toxin-Antitoxin-Gemische 3 Jahre, für Schweinepestserum 2 Jahre und für Rotlaufserum und Geflügelcholeraserum 1 Jahr. Der Ablauf der Verwendbarkeitsdauer wird für jede Kontrollnummer vom Ministerium für Volkswohlfahrt öffentlich bekanntgegeben, und die Präparate der betreffenden Kontrollnummer werden, soweit sie bis zu diesem Zeitpunkt nicht verbraucht sind, zur Einziehung bestimmt.

Für das Serum-Laboratorium Ruete-Enoch erfolgt die staatliche Prüfung dieser Präparate im Institut für experimentale Therapie in Frankfurt a. M., mit Ausnahme der des Schweinepestserums, die im Reichsgesundheitsamt in Berlin stattfindet.

SANIERUNGEN

VON OBERBAUDIREKTOR LEO

ALS 1892 in Hamburg die Cholera wütete, fand sie günstigen Boden in den von dem großen Brande von 1842 und von der Umwandlung der City unberührt gebliebenen ungesunden, dicht bebauten und bevölkerten Wohngebieten der inneren Stadt.

Die verhängnisvolle Epidemie gab die Veranlassung, in eingehender Untersuchung der Wohngebiete der Innenstadt durch Gesundheits-, Baupolizei- und Baubehörde drei Gebiete (s. Abb. 1) als gesundheitlich besonders bedenklich zu ermitteln und für sie mit dem schon länger als nötig erkannten Werk der Sanierung, d. h. dem Abbruch der alten Bebauung und dem Wiederaufbau nach neuen Plänen zu beginnen.

Die Sanierung einer rund 137000 qm großen, von 21 000 Menschen bewohnten Fläche von Altstadt-Süd wurde 1904 zuerst in Angriff genommen, weil

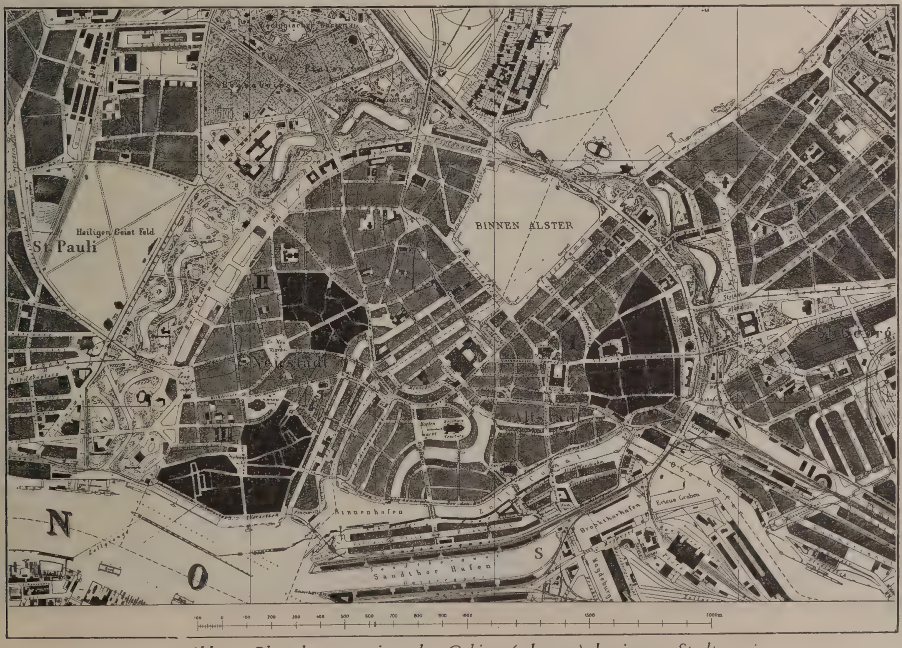


Abb. 1. Plan der zu sanierenden Gebiete (schwarz) der innern Stadt

hier durch die Überschwemmungen der tiefliegenden Gebiete und Wohnungen bei Sturmfluten von der Elbe her und aus den Stammsielen die gesundheitlichen Verhältnisse am bedenklichsten waren.

Bevor aber hier die Abbrüche und der planmäßige Wiederaufbau beendet waren, veranlaßte die Notwendigkeit einer Durchführung der Untergrundbahn durch die Altstadt auch die Sanierung der Altstadt westlich der Steinstraße u. a. mit dem Durchbruch der 29 m breiten Möndkebergstraße zu beginnen. Dabei wurde auf Grund der in Neustadt-Süd gemachten ungünstigen Erfahrungen darauf verzichtet, an sich noch brauchbare Gebäude zu erhalten; vielmehr wurden die gesamten Baulichkeiten abgebrochen und damit zugleich eine wirtschaftlichere Ausführung gesichert sowie Raum für eine gesundheitlich, städtebaulich und verkehrstechnisch gute Lösung geschaffen.

Auch in dem östlich der Steinstraße belegenen Gebiet wurde bereits 1912—1914 mit der Niederlegung der alten ungesunden und z. T. baufälligen Baulichkeiten am Meßberg begonnen. Dann unterbrachen der Weltkrieg und die schwierige Nachkriegszeit die Arbeiten. Auf den zuerst freigelegten Flächen entstanden als Auftakt für die Gestaltung des neuen Stadtteils das Chile- und das Ballinhaus. Im Jahre 1925 konnte dann mit den weiteren Abbrüchen fortgefahren werden. Die Art der vorhandenen Bebauung des zu sanierenden Gebiets geht aus Abb. 2 hervor.

Bei der Aufstellung eines neuen, den veränderten städtebaulichen und verkehrstechnischen Ansichten entsprechenden und von den gesetzgebenden Stellen gebilligten Planes wurde davon ausgegangen, daß das fragliche Gebiet im wesentlichen den Bedürfnissen der Kaufmannsstadt nach Kontoren und Geschäftshäusern entsprechen muß. Auch wichtige Verkehrsgesichtspunkte waren zu berücksichtigen, so die Durchführung einer Untergrundbahn zur weiteren Verbindung der Innenstadt mit den Außengebieten und zur Aufsaugung des in der City wachsenden Straßenverkehrs; letzterem mußte durch die Führung und Breite der das Gebiet durchschneidenden Hauptverkehrsstraße — der Burchardstraße — entsprochen werden.

Eine wesentliche Erschwerung gegenüber früher erwuchs dem Sanierungswerk durch die infolge der Wohnungsnot so viel schwieriger gewordenen Unterbringung der bei den Abbrüchen verdrängten Bevölkerung. Östlich der Steinstraße wohnten 1925 in den abzubrechenden Wohnungen noch rund 3900 Menschen. Um ihre Unterbringung zu erleichtern, wurde die Neubebauung der Veddel zwischen Hamburg-Harburger Eisenbahn und Sieldeich mit Großwohnhäusern, unter Beseitigung der Einzelhäuser der ehemaligen Slomanschen Siedlung beschlossen.



Alte Bebauung im Sanierungsgebiet der Altstadt

Dabei ist aus gesundheitlichen Gründen eine Aufhöhung des zu tief liegenden Gebiets der Veddel unter Umgestaltung der Sielanlagen erforderlich.

Die Arbeiten für die Sanierung der Altstadt und den Wiederaufbau mit Geschäftshäusern (Sprinken- und Mohlenhof) sowie die Erschließung der Veddel sind zur Zeit lebhaft im Gange.

Noch fehlt aber die Sanierung des Gängeviertels beiderseits der Kaiser-Wilhelm-Straße (s. Plan). Die gesundheitlichen und sonstigen Gefahren, die hier aus der Zusammendrängung der Bevölkerung entstehen, die Notwendigkeit, die City als solche weiter zu entwickeln und die Notwendigkeit einer verkehrstechnischen Erschließung der Innenstadt werden in absehbarer Zeit dazu zwingen, das umfangreiche, gesundheitlich, städtebaulich und verkehrstechnisch bedeutsame Werk der Sanierung auch hier fortzuführen und zu vollenden.

DIE BEFESTIGUNG DER STRASSEN

VON OBERBAUDIREKTOR LEO

DIE Befestigungen der Straßen in den dicht bevölkerten und bebauten Großstädten haben vielseitige Anforderungen straßenbau-, verkehrstechnischer und wirtschaftlicher, aber auch hygienischer Art zu erfüllen. Aus hygienischen Gründen müssen die Befestigungen der Fahrdämme eine geringe Staubbildung aufweisen und eine gute Reinhaltung und Abwässerung ermöglichen; die Geräusche und Erschütterungen, die durch den anwachsenden schnellen und schweren Verkehr der Kraftwagen entstehen und die Gesundheit und Ruhe der nervösen Großstädter beeinträchtigen, müssen durch die Art der Befestigung möglichst eingeschränkt werden. Diesen Forderungen wurde früher entsprochen durch Stampfasphalt- und Holzpflaster, durch Kleinpflaster und sorgfältig bearbeitetes, ebenes Reihensteinpflaster mit bituminösem Fugenverguß, ferner durch das aber nicht überall bewährte Betonpflaster.

Im Jahre 1891 hatte Hamburg noch 64 v. H. ungeeigneter Pflasterarten, insbesondere von rauhem Pflaster, wie umstehende Kurve zeigt. Es ist aber bis heute gelungen, die Straßenverhältnisse Hamburgs wesentlich zu verbessern, so daß heute von rund 6,2 Millionen Quadratmeter Fahrdammfläche der 665 km Straßen 69 v. H. gute, ebene und hygienisch einwandfreie Pflasterarten vorhanden sind.

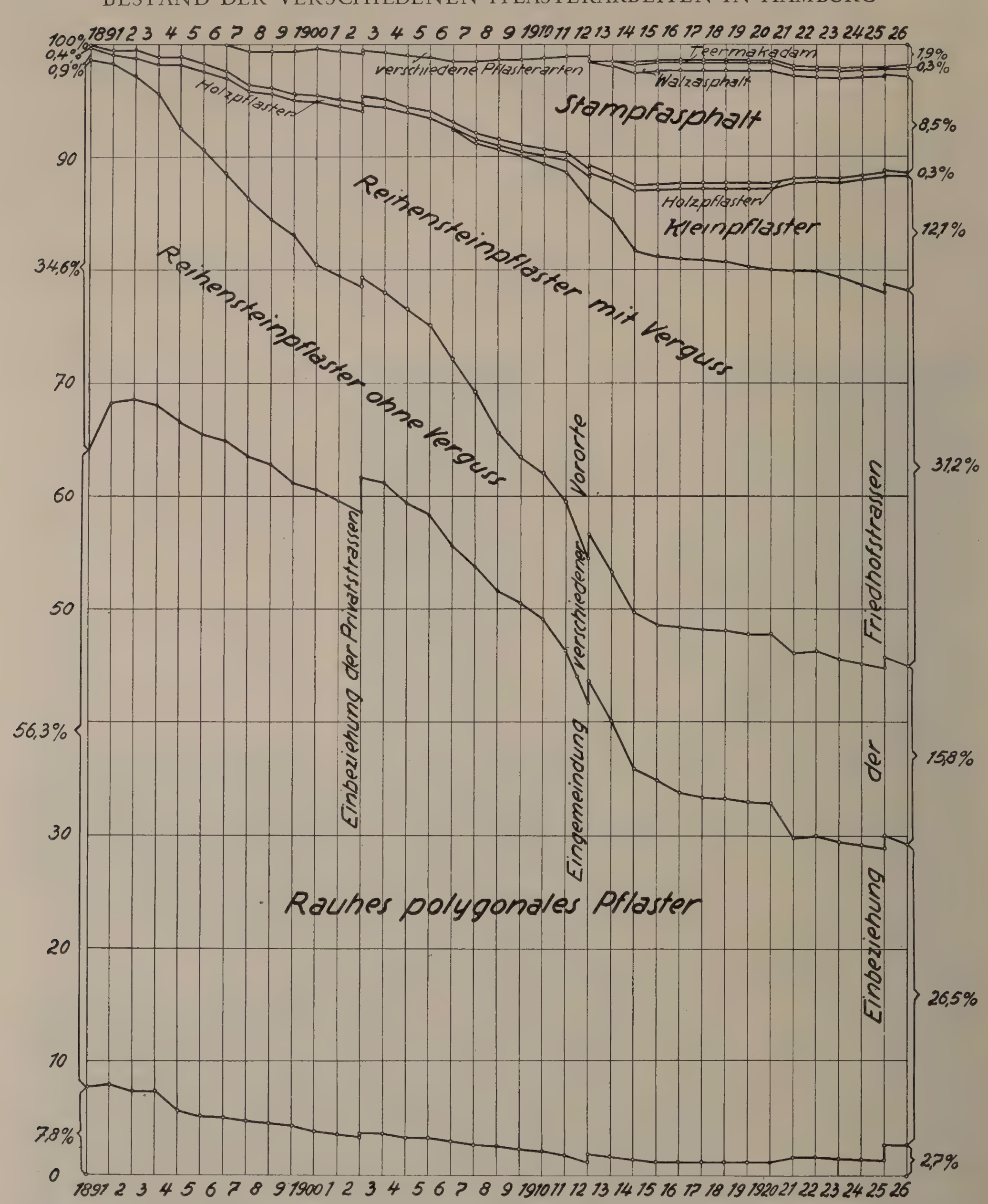
Neben dem in Deutschland erfundenen (Gravenhorst—Stade) Kleinpflaster boten die neueren, zumeist in Amerika und England entwickelten Asphalt- und Teerverfahren eine Fülle von Möglichkeiten, um mit geringeren Kosten als bisher eine Verbesserung der Befestigung wie in straßenbautechnischer, so auch in gesundheitlicher Beziehung zu erzielen. Das ist z. B. geschehen durch Aufbringung bituminöser Deckschichten auf schlechten, rauhen Pflasterungen (Abb. 1).

Die seit einigen Jahren mit diesen neueren Verfahren angestellten Versuche, so z. B. mit Walz- und Hartgußasphalt auf vorhandenem schlechtem Pflaster oder an Stelle des in unserem Klima leicht schlüpfrigen Stampfasphalts, sind in Hamburg — überall in Deutschland — bei der Verbesserung vorhandener



Abb. 1. Bedeckung von schlechtem Pflaster mit bituminösem Belag

BESTAND DER VERSCHIEDENEN PFLASTERARBEITEN IN HAMBURG



Straßen und auf Versuchsstraßen (Braunschweig) noch im Gange. Die bisherigen Versuche und Ausführungen in Hamburg lassen in straßenbautechnischer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Beziehung dauernde Erfolge erwarten. Ganz besonders wertvoll sind auch die neueren bituminösen

Verfahren, um die Geräusche und Erschütterungen vor den Gebäuden mit größeren Menschenansammlungen — vor Schulen und vor Krankenhäusern —, ferner in den Wohngebieten der ruhebedürftigen Bevölkerung zu vermindern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es aber auch nötig, daß die bisher noch zugelassene Bereifung von Kraftwagen mit Vollgummi und Eisen durch Luftbereifung ersetzt wird. Die Industrie verfolgt dieses Ziel mit steigendem Erfolge.

Die aus hygienischen Gründen erwünschte Begleitung der Straße und ihrer Bebauung durch Baumpflanzungen ist in Hamburg größtenteils durchgeführt.

Das feuchte Klima Hamburgs und der Mangel an Sonnenschein erfordern, daß die Baumpflanzungen rechtzeitig genügend so beschränkt werden, daß Luft und Licht in die Wohnungen dringen kann. Aus dem gleichen Grunde muß hier dem richtigen Verhältnis zwischen Höhe und Abstand der Bebauung und der richtigen Lage der Straße und der Bebauung zur Himmelsrichtung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

DIE SIELANLAGEN HAMBURGS

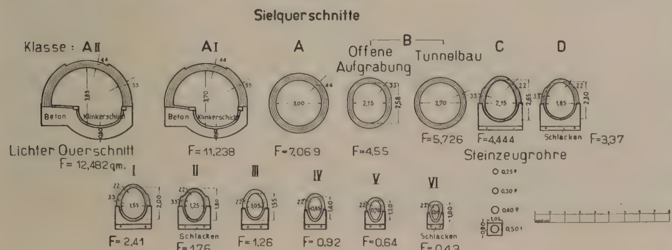
VON OBERBAURAT BRUNOTTE

DAS kurz nach dem großen Brande im Jahre 1842 begonnene und bis heute vom Ingenieurwesen zu einer Gesamtlänge von 700 km mit einem Kostenaufwand von 60 Millionen Reichsmark ausgedehnte Sielnetz führt die Abwässer Hamburgs und angrenzender Teile Altonas und Wandsbeks nach dem Prinzip des Mischsystems — d. h. Schmutz- und Regenwässer gemischt — in Rohrleitungen von 25 cm l. W. bis zum mit Booten befahrbaren, gemauerten Stammsiel von 3,85×4,7 m Querschnitt zum größten Teil mit natürlichem Gefälle in die Elbe.

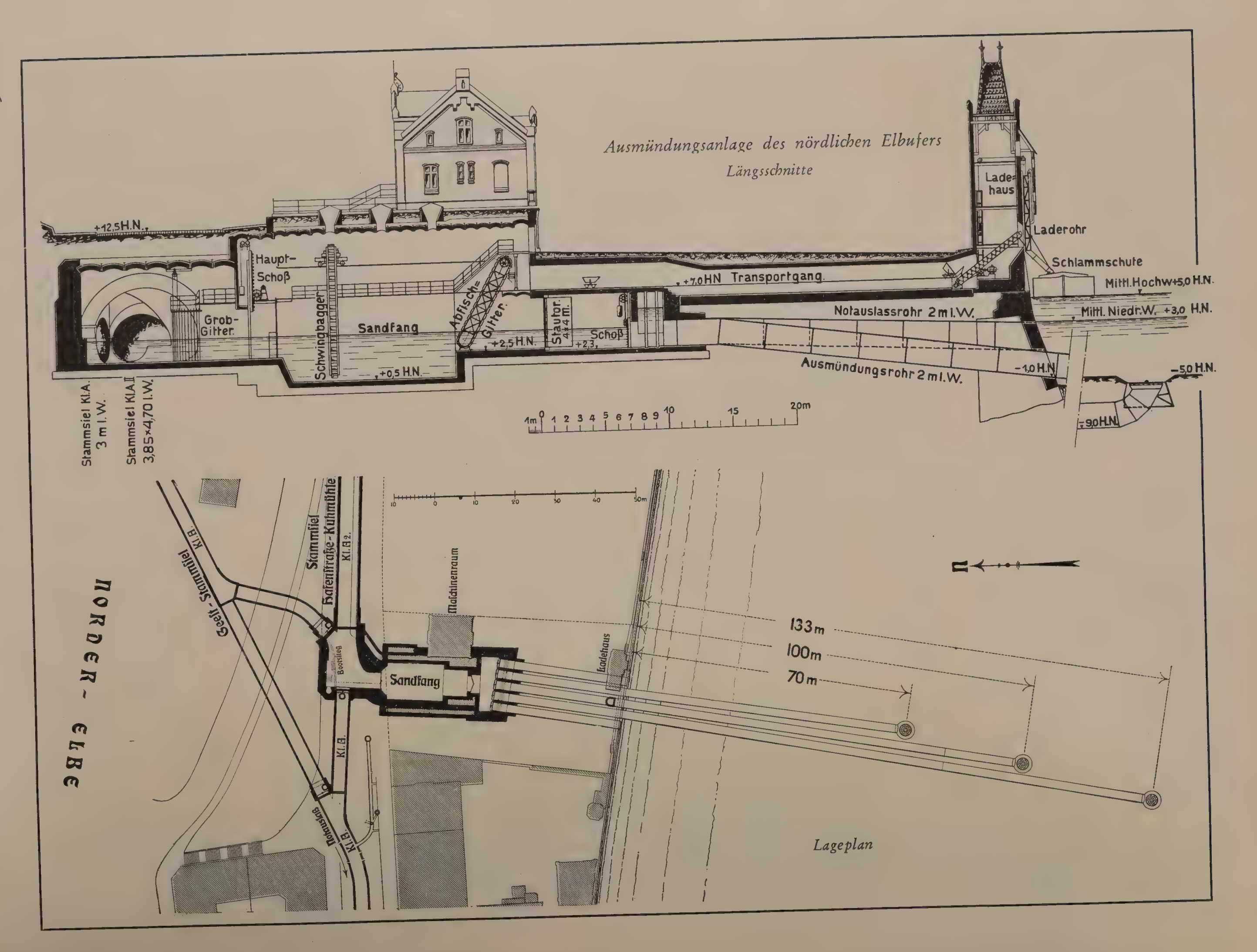
153 Notauslässe entlasten die Siele bei starken Regenfällen und leiten die überschüssigen Wassermengen bei Erreichung eines hygienisch unbedenklichen Verdünnungsgrades an geeigneten Punkten über Überfallschwellen in die nächsten Vorfluter (Bille, Isebeck, Eilbeck, Osterbeck, Alster und Elbe) ab. Der Verdünnungsgrad, bei dem die Notauslässe in Tätigkeit treten, richtet sich nach Beschaffenheit und Größe des Rezipienten; er schwankt zwischen der einfachen (Elbe) und der zehnfachen Verdünnung (Oberalster).

155 Spüleinlässe von den genannten Vorflutern sorgen dafür, daß die Siele, die infolge der zumeist flachen Lage des städtischen Einzugsgebietes zum Teil nur verhältnismäßig geringe Sohlengefälle aufweisen, durch ihnen zugeführte Spülwassermengen von Ablagerungen befreit werden. Höherliegende Teile des Sielnetzes müssen durch zeitweiliges Aufstauen des Verbrauchswassers unter Schließen und plötzlichem Öffnen von Spültüren rein gehalten werden. Durch einfache Spülungen nicht abschwemmbare schwere Ablagerungen werden durch selbsttätig arbeitende Spülwagen beseitigt. Ein solcher Wagen besteht aus einem eisernen, das Kanalprofil in der unteren Hälfte abschließenden Stauschild; es hat nur unmittelbar über der Sohle eine kleine Durchlaßöffnung, durch die das hinter dem Schild sich aufstauende Wasser in Form eines kräftigen Strahles austritt; dadurch wird vor dem Schild lagernder Sielschlamm aufgewühlt und fortgespült. Vor einem solchen Wagen befinden sich oft Sand- und Kiesablagerungen von 1,5 m Höhe und 150 m Länge, die auf diese Weise mühelos und ohne jede Menschenarbeit bis zur Abfischanlage an der Elbe befördert werden. In größeren Stammsielen werden nach dem gleichen Prinzip arbeitende Spülfloße verwendet. Reinwasser wird nur in den Spülschächten an Hochpunkten benutzt.

In Gebieten, wo vorgenannte Arbeitsweisen versagen, wie z. B. in dem tief- und flachgelegenen Sielnetz des Hammerbrook, geschieht die Beseitigung der Ablagerungen durch einen maschinell betriebenen Schlammheber-Kraftwagen. Mittels Seilwinde und eines in das Siel eingesetzten Schiebers werden die Ablagerungen nach einem Einsteigeschacht zusammengeschoben, um von hier mittels Vakuum, das in einem Schlammkessel erzeugt wird, hochgesaugt und durch Druckluft in einen Abfuhrwagen befördert zu werden.



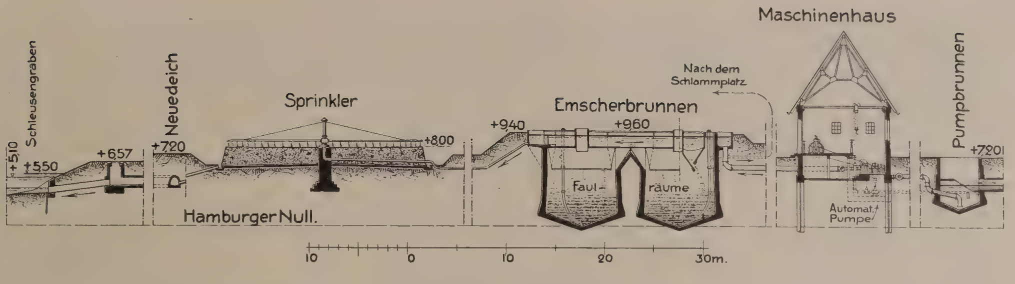
Die zahlreichen, das Stadtgebiet durchziehenden Wasserläufe sowie auch größere Einbauten unter der



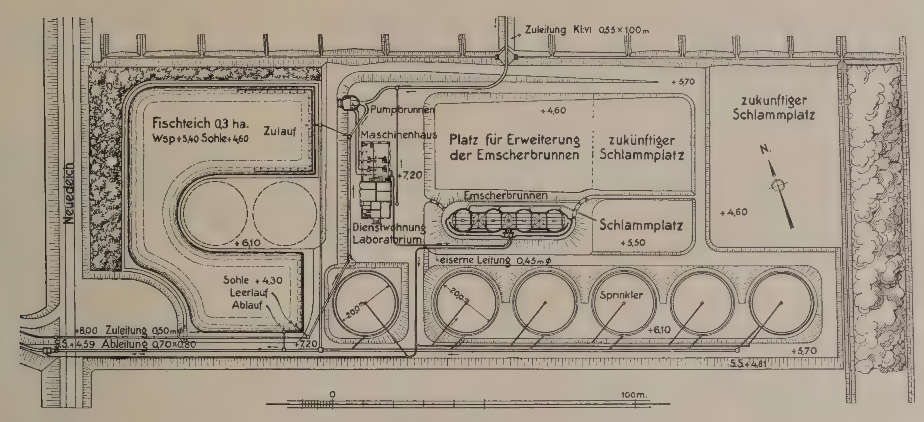
Ausmündungsanlage des nördlichen Elbufers

Längsschnitte

Lageplan



Schematischer Längenschnitt



Biologische Kläranlage Bergedorf. Lageplan



Biologische Kläranlage Bergedorf. Emscherbrunnen und Sprinkler

Straße (Untergrundbahnen) bedingen eine große Anzahl von Dükern (131); das sind eiserne Rohre mit beiderseits aufsteigenden Ästen, durch die die Abwässer nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhre unter dem Hindernis hindurch auf die andere Seite überführt werden. So kreuzen im Zuge des Stammsieles Kuhmühle—Hafenstraße drei gewaltige Doppeldüker von je 2 m l. W. und bis zu 250 m Länge den Ober-, Brooktor- und Niederhafen.

34 000 Haussiele mit einer Gesamtlänge von 270 km dienen der Entwässerung der Grundstücke, 37 200 Straßeneinläufe zur Abführung der Regenwässer, 11 000 Schächte zum Einsteigen in die Siele zwecks Einbringung der Spülapparate und ordnungsgemäßer Unterhaltung und 153 Schnee-Einwurfschächte der bequemen und billigen Beseitigung der Schneemassen von den Straßenflächen. 375 Schosse, zahlreiche Hängeklappen und selbstwirkende Türen ermöglichen die Umleitung und die Abtrennung einzelner Sielstrecken oder ganzer Sielsysteme zwecks Reinigung oder Ausbesserungsarbeiten. Durch eiserne Stemmtore und Schosse kann bei Sturmfluten das ganze Sielnetz gegen die Elbe abgeschlossen werden.

Durch die in den letzten Jahrzehnten erbauten großen Abfangsiele, die wegen ihrer tiefen Lage zum Teil im Tunnelbau unter Verwendung von Preßluft und Vortriebschilden hergestellt werden mußten, ist es gelungen, die gesamten Abwässer Hamburgs sowie der an das Hamburger Sielnetz angeschlossenen Teile der Nachbarstädte Altona und Wandsbek an *einem* Punkte, der Abfischanlage in der Hafenstraße, zu sammeln, von wo sie — nach Herausfischen der Schwimmstoffe durch ein mechanisch bewegtes Gitter und der schweren, in einem Sandfang sich absetzenden Sinkstoffe mittels Bagger — durch drei Rohre von je 2 m l. W. und 70 m, 100 m und 131 m Länge gleichmäßig über den Hauptstrom der Elbe verteilt werden.

Bei den gewaltigen Wassermengen (im Mittel 1100 cbm in der Sekunde), die die Elbe führt, und bei der großen Selbstreinigungskraft der Elbe ist eine Einleitung der im Mittel etwa 2,5 cbm in der Sekunde betragenden Sielwässer nach den dauernden chemischen und biologischen Untersuchungen der wissenschaftlichen Institute völlig unbedenklich. Die in die Elbe mit den Abwässern eingeleiteten ungelösten und gelösten Stoffe bieten die Ernährungsbedingungen für eine ungeheuer vielseitige Kleinlebewelt, die wieder höheren Tieren bis hinauf zu den Fischen zur Nahrung dient. Die Selbstreinigung vollzieht sich hauptsächlich in den flachen, stillen Buchten unterhalb Hamburgs; hier spielen sich die biologischen Umsetzungen in derart gewaltigem Umfange ab, daß etwa 20 km unterhalb Hamburgs die biologische Reinigung beendet ist.

Die herausgefischten Schwimm- und Sinkstoffe, rund 6000 cbm im Jahr, werden in Schuten verladen und an Landwirte zu Dungzwecken abgegeben.

Für eine später etwa erforderlich werdende weitergehende Reinigung der Abwässer ist eine mechanische Klärung durch Emscherbrunnen oder dergleichen geplant und Gelände an geeigneter Stelle reserviert. Die biologische Verarbeitung der dann in den Abwässern noch enthaltenen gelösten Stoffe wird der Elbstrom dauernd übernehmen können.

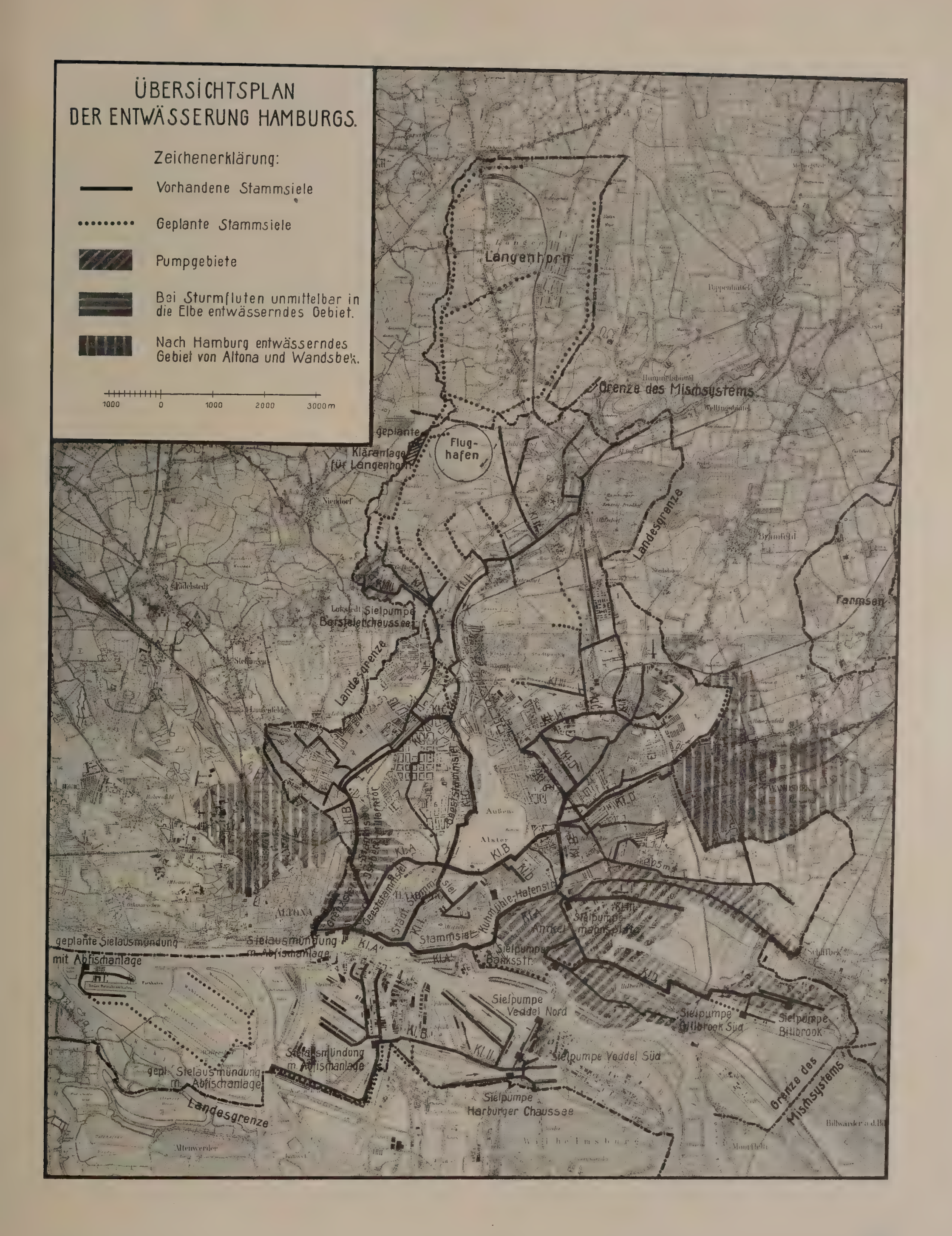
Nicht überall lag die Möglichkeit vor, die Abwässer mit natürlichem Gefälle dem Elbstrom zuzuführen. Von dem gesamten kanalisierten Stadtgebiet von etwa 6000 ha entwässern rund 5000 ha mit freiem Gefälle, während die Abwässer von 1000 ha künstlich durch Pumpwerke in das hochliegende Sielnetz gehoben werden müssen, so in Hammerbrook und in Billwärder Ausschlag (Pumpwerk Anckelmannsplatz) sowie in Teilen der Veddel und von Groß-Borstel. Der nördliche Teil von Billbrook muß vorläufig sogar zweimal gepumpt werden, bis einmal das geplante Stammsiel Billwärder Ausschlag – Vermannskai – Meyerstraße gebaut wird.

Auch die Abwässer des südlichen Elbufers, die nach Durchlaufen einer gleichen Abfischanlage wie auf dem nördlichen Elbufer für gewöhnlich mit natürlichem Gefälle in die Elbe entwässern, müssen bei länger anhaltendem Hochwasser zeitweise in die Elbe übergepumpt werden, da hier kein tieferliegender Rezipient für eine Entlastung der Siele vorhanden ist.

Von den 16 im Hamburger Staatsgebiet vorhandenen Sielpumpwerken arbeiten zur Zeit 9 vollkommen selbsttätig; die Bedienung beschränkt sich auf zeitweises Nachsehen der beweglichen Teile und deren Schmierung. Die Gesamtfördermenge der vorhandenen 32 Pumpen beträgt rund 36 Millionen Kubikmeter im Jahr.

Ständig gepumpt werden müssen ferner die Schmutzwässer des eingedeichten Cuxhavener Stadtgebietes sowie die Abwässer der Stadt Bergedorf, da infolge der hier erforderlichen biologischen Klärung kein genügendes Gefälle mehr für den freien Abfluß in den Schleusengraben, einen Abfluß der Bille, vorhanden ist.

Von besonderer Wichtigkeit gerade für die Gebiete unserer Flußniederungen ist es, daß für die aufzuschließenden Gelände und für die in ihnen zu errichtenden Bauten — erforderlichenfalls durch künstliche Aufhöhung oder Aufspülung mit Baggersand — eine solche Höhenlage geschaffen wird, daß Überschwemmungen durch Hochwasser der Flüsse


ÜBERSICHTSPLAN
DER ENTWÄSSERUNG HAMBURGS.
Zeichenerklärung:
Vorhandene Stammsiele
Geplante Stammsiele
Pumpgebiete
Bei Sturmfluten unmittelbar in die Elbe entwässerndes Gebiet.
Nach Hamburg entwässerndes Gebiet von Altona und Wandsbek.
1000 0 1000 2000 3000 m
Langenhorn
Grenze des Mischsystems
geplante Kläranlage für Langenhorn
Flug-hafen
Landesgrenze
Farmsen
Sielpumpe Borsteler Chaussee
Landesgrenze
Außen-
Alster
Kuhmühle-Hafenstr.
Stammsiel
Sielpumpe Anckelmannsplatz
geplante Sielausmündung mit Abfischanlage
Sielausmündung m. Abfischanlage
Sielpumpe Banksstr.
Sielpumpe Veddel Nord
Sielpumpe Billbrook Süd
Sielpumpe Billbrook
Sielausmündung m. Abfischanlage
gepl. Sielausmündung m. Abfischanlage
Sielpumpe Veddel Süd
Sielpumpe Harburger Chaussee
Landesgrenze
Grenze des Mischsystems
ALTONA

oder durch Rückstau aus den Sielen vermieden werden. So wurde schon früher das südliche Elbufer, der Billwärder Ausschlag und ein Teil von Hamm-Marsch auf hochwasserfreie Höhe gebracht; im Anschluß an letztere beiden Gebiete werden zur Zeit die Aufhöhungsarbeiten für Billwärder und Horn-Marsch fortgesetzt, um gesunde Wohngebiete zu schaffen und ferner eine Entwässerung dieser aufzuschließenden Gebiete mit natürlichem Gefälle in die Elbe unter Vermeidung von Pumpwerken zu ermöglichen.

Für die weit vom Elbstrom entfernt liegenden, sich rasch entwickelnden Außengebiete und Enklaven (Langenhorn, Farmsen, Volksdorf), deren Entwässerung in das Hamburger Sielnetz nicht wirtschaftlich und zum Teil nicht möglich ist, ist Trennkanalisation geplant. Die hygienisch einwandfreie Abführung der Schmutzwässer in die verhältnismäßig kleinen Vorfluter (Tarpenbeck, Osterbeck) bedingt die Anlage biologischer Kläranlagen. Eine kleine, kürzlich fertiggestellte Versuchsanlage in der Kläranlage Bergedorf soll dazu dienen, die zweckmäßigste und hygienisch beste Lösung hinsichtlich der verschiedenen Reinigungsarten zu finden.

STRASSENREINIGUNG UND MÜLLBESEITIGUNG

VON OBERBAURAT NEUY

DIE Notwendigkeit einer geordneten Beseitigung der festen Abfallstoffe aus den Stadtgebieten ist erst verhältnismäßig spät erkannt worden. Für Hamburg wurde die erste regelmäßige Straßenreinigung durch die Gassenordnung von 1713 eingeführt, bis dahin beschränkte man sich auf eine gelegentliche Reinigung der Straßen, auf die auch aller Unrat aus den Häusern abgelagert wurde. Die Reinigung und die Abfuhr wurde an Pächter vergeben, erst seit 1885 erfolgt die Reinigung der Straßen durch eine besondere Abteilung der Baudeputation im Staatsbetrieb.

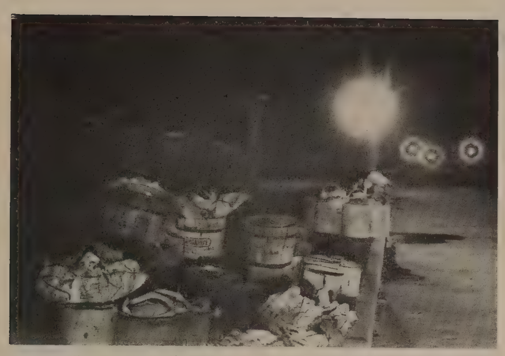
Die zu reinigenden Straßenflächen betragen 11,5 Millionen Quadratmeter, die einer 12 m breiten Straße von Hamburg bis Wien entsprechen. Die Reinigung erfolgt teils durch Einzelposten, teils durch Kolonnen mindestens einmal am Tage und außerdem je nach der Verkehrswichtigkeit und dem Grade der Verschmutzung ein- bis sechsmal wöchentlich in den Nachtstunden durch Kraftkehrmaschinen, Wasch- oder Spülwagen. Für die wichtigsten Verkehrsstraßen ist ferner eine Spätreinigung bis 9 Uhr abends eingerichtet. Die Beseitigung der Staubplage auf den Straßen, die durch die starke Zunahme des Automobilverkehrs dringender geworden ist, erfolgt im wesentlichen durch Kraftsprengwagen, in den engen Straßen auch durch pferdebespannte Sprengwagen, die nach Bedarf eingesetzt werden. Die Kraftwagen fassen 5 cbm Wasser und sind mit Sprengpumpen ausgerüstet, die bei 4 Atm. Druck eine Sprengbreite bis zu 25 m ermöglichen. Die Sprengdichte ist verstellbar und beträgt bei gepflasterten Straßen durchschnittlich 0,3 Liter pro qm Sprengfläche. Die Wirkung der Besprengung ist an heißen Tagen nur von kurzer Dauer, es wird daher angestrebt, den Staub nicht nur durch Berieselung zu binden, sondern durch die mit Spülvorrichtung versehenen Sprengwagen abzuspülen. Der naheliegende Gedanke, fahrbare Straßenstaubsauger zu verwenden, hat sich praktisch noch nicht verwirk-



Kraftwagen bei der Besprengung der Straßen



Kraftwagen beim Spülen der Straßen



Nächtliches Straßenbild bei der bisherigen Müllabfuhr



Müllabfuhrwagen für staubfreie Beladung

lichen lassen. Die durchschnittliche Leistung eines Kraftspülwagens beträgt 400 000 qm, die einer Kraftkehrmaschine 115 000 qm in achtstündiger Arbeitszeit. Der Wasserverbrauch für die Straßenreinigung betrug 1926 470 000 cbm, also etwa 470 Liter auf den Kopf der Bevölkerung. In den Wintermonaten dienen die Kraftsprengwagen als Schneepflüge oder zur Lastenbeförderung. Die jährlichen Aufwendungen für die Straßenreinigung in Hamburg betragen rund 3 Millionen Rm.

Öffentliche Bedürfnisanstalten sind vorhanden:
a) für Männer 264, davon 74 mit ständiger Wartung,
b) für Frauen 108, davon 91 mit ständiger Wartung.

Für die schon seit langen Jahren angestrebte Verbesserung der Müllabfuhr wurden 1926 die erforderlichen Mittel in Höhe von 3,48 Millionen Rm. verteilt auf drei Jahre bewilligt. Für die Durchführung wurde das Gesetz über die Müllabfuhr vom 21. Mai 1926, das Gesetz zur Änderung des § 73 der Bauordnung für die Stadt Hamburg vom 21. Mai 1926, die Verordnung über die Müllabfuhr im Stadtgebiet Hamburg vom 21. Mai 1926 und die Verordnung über Unterbringen der Hausgefäße vom 26. Juni 1926 erlassen. Die Beseitigung des Hausmülls erfolgte seither derart, daß die Bevölkerung das Müll in den Abendstunden der Abfuhrtage in allen möglichen Gefäßen oder auch lose auf die Straße brachte; von dort wurde das Müll mit Pferdefuhrwerken abgefahren. Die entleerten Gefäße wurden in den Morgenstunden von der Bevölkerung wieder hereingenommen. Die Zustände vor den Häusern waren nicht erfreulich; Wind und Verkehr sorgten für die Verbreitung des Mülls über die ganze Straße. Nach dem größtenteils bereits durchgeführten neuen System werden für alle Grundstücke staatsseitig gelieferte eiserne Sammelgefäße von 110 Liter Fassungsraum für den gemeinsamen Gebrauch der Hausbewohner aufgestellt. Die Sammelgefäße werden zweimal wöchentlich durch staatliche Angestellte abgeholt, staubfrei auf die Abfuhrwagen entleert und wieder auf ihren Standort im Hause zurückgebracht. Es wird hierdurch erreicht, daß die Bevölkerung das Müll täglich aus den Wohnungen entfernen kann, daß die Müllgefäße nicht mehr lange Zeit auf der Straße stehen, die Straße nicht mehr verschmutzt und die Nachtruhe der Bevölkerung nicht mehr gestört wird. Insgesamt kommen etwa 80 000 Sammelgefäße zur Aufstellung, die mit dichtschließenden Deckeln versehen sind und mittels staubfreier Schütter auf 10 cbm fassende Spezialkraftwagen mit trommelförmigem Aufbau entleert werden. Die täglich an mehr als 10 000 Stellen zu sammelnde Müllmenge beträgt durchschnittlich 1600 cbm, die Jahresmenge etwa 500000 cbm. Weiter sind noch abzufahren 16000 cbm Marktabfälle, 14000 cbm Schiffs- und Kaiunrat und 85000 cbm Straßenkehricht.

Für die einwandfreie Beseitigung des Mülls besaß Hamburg bereits vor dem Kriege zwei Müllverbrennungsanstalten. Die 1896 als erste auf dem Kontinent errichtete Müllverbrennungsanstalt Bullerdeich wurde 1924 stillgelegt, weil das Müll in den alten englischen Öfen infolge seines geringen Heizwertes nicht mehr ordnungsmäßig verbrannt werden konnte und keine verwertbare Schlacke lieferte. Die 1912 in Betrieb genommene, mit zwölf Schachtöfen ausgerüstete Verbrennungsanstalt Alter Teichweg war auch in der Kriegs- und Nachkriegszeit in Betrieb. Für die ebenfalls nach dem Schachtofensystem als Ersatz für die stillgelegte Anstalt Bullerdeich zu errichtende neue Verbrennungsanstalt Tiefstack sind die erforderlichen Mittel in Höhe von 3,8 Millionen Rm. bereits bewilligt, mit dem Bau wird in kurzem begonnen. Die jährlichen Gesamtausgaben für die Müllbeseitigung einschließlich der Vorhaltung der Müllgefäße, der Müllverbrennung und des Kapitaldienstes betragen 3,2 Millionen Rm.

ABDECKEREI (KADAVERBESEITIGUNG)

VON VERWALTUNGSDIREKTOR HILLE

DIE Kadaver, Fleischbeschaukonfiskate und Schlachthofabfälle werden in der städtischen Abdeckerei, Steilshoper Straße 200, vernichtet. Die Abdeckerei wird für Rechnung des hamburgischen Staates betrieben und von der Polizeibehörde verwaltet. Die Anlage ist mit fünf Podewils-Apparaten ausgestattet, die sich gut bewährt haben. Dämpfung und Trocknung geschehen in demselben Apparat. Die Leimbrühe wird zusammen mit dem Mehl eingetrocknet.

Da in den letzten Jahren viele Wohnhäuser in unmittelbarer Nähe der Abdeckerei errichtet worden sind, ist deren Verlegung in eine wenig bewohnte Gegend in die Wege geleitet.

Aus der nachstehenden Übersicht ist ersichtlich, welche Mengen Rohmaterial in den Jahren 1913, 1918 und 1926 verarbeitet worden sind und wieviel Fett und Tierkörpermehl aus diesem Material gewonnen wurde.

Jahr	Verarbeitete Mengen Rohmaterial kg	Erzielt wurden an Fett kg	Tierkörpermehl kg
1913	1 842 612	181 383	465 101
1918	366 750	14 908	62 327
1926	1 127 000	64 009	261 030

WASSERVERSORGUNG UND WARMBADE-ANSTALTEN

VON DIREKTOR DIPL.-ING. W. HOLTHUSEN

DIE ersten Anfänge der zentralen Wasserversorgung Hamburgs reichen bis in das 14. Jahrhundert zurück. Der damals noch kleinen Stadt wurde aus in der Umgebung fließenden Quellen mittels hölzerner Leitungen Wasser in natürlichem Gefälle zugeführt. In der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts enstanden zwei durch Wasserräder betriebene Pumpwerke an der Alster, die Wasser aus diesem Flüßchen in die Häuser förderten. In der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts wurde ein drittes Werk gleicher Art erbaut. Das erste von der Elbe gespeiste und mittels Dampf betriebene Wasserwerk war die 1822 in Betrieb gesetzte „Biebersche Elbwasserkunst" bei den St.-Pauli-Landungsbrücken; ihr folgte 1842 die gleichsfalls von der Elbe gespeiste „Smithsche Wasserkunst" auf dem Grasbrook. Nachdem der große Brand



Filterwerk Kaltehofe vom Wasserturm in Rothenburgsort gesehen

von 1842, dem die alten Alsterwasserkünste und die erst 1833 von Smith am Alstertor erbaute, sogenannte Felsenwasserkunst zum Opfer fielen, die Unzulänglichkeit der privaten Wasserwerke nur allzu deutlich erwiesen hatte, wurde in Rothenburgsort ein staatliches Wasserwerk — die Stadtwasserkunst — erbaut. Diese Stammanlage der heutigen Wasserversorgungsanlagen wurde 1848 in Betrieb genommen.

Ursprünglich wurde das Elbwasser nur in Ablagerungsbehältern geklärt; von Ende Mai 1893 bis Ende Oktober 1905 wurde ausschließlich filtriertes Elbwasser verwendet; seit Oktober 1905 wird Grundwasser mitverwendet.

Bis Mitte 1928 bestanden die Hamburger Wasserwerksanlagen aus dem Elbwasserwerk auf Billwärder Insel und Kaltehofe, dem Grundwasserwerk in Billbrook und dem Pumpwerk in Rothenburgsort.

Das Elbwasser wird im Schöpfwerk Billwärder Insel durch sechs Pumpmaschinen in vier Ablagerungsbehälter von zusammen 300 000 cbm Inhalt gehoben. Vor dem Eintritt in die Ablagerungsbehälter wird dem Wasser schwefelsaure Tonerde zugesetzt. Dieses Fällmittel bewirkt ein schnelles Niedersinken der im Wasser befindlichen Schwebestoffe. Dann fließt das Wasser, dessen Durchsichtigkeit nach der Ablagerung in der Regel etwa dreimal so groß ist wie die des rohen Elbwassers, mit natürlichem Gefälle nach dem aus 22 Sandfiltern von je 7650 qm Fläche bestehenden Filterwerk Kaltehofe und von da durch zwei Düker unter der Billwärder Bucht in die Reinwasserbehälter in Rothenburgsort. Nach der Ablagerung und vor dem Eintritt in die Reinwasserbehälter wird das Wasser mit Chlorgas desinfiziert. Durch die Filtration und die Desinfektion wird der Keimgehalt des filtrierten Elbwassers auf in der Regel weniger als zehn Keime vermindert.

Das Grundwasser wird im Stadtteil Billbrook zum größeren Teil aus bis etwa 290 m tiefen artesischen Brunnen, zum kleineren Teil aus Flachbrunnen gewonnen. Im Grundwasserwerk Billbrook fördern Kreiselpumpen das Wasser auf eine offene Enteisungsanlage, in der es durch Belüftung und doppelte Filterung von Eisen und Mangan befreit wird. Danach fließt es in die Reinwasserbehälter in Rothenburgsort. Jährlich werden von dem Werk etwa 13 000 000 cbm, das sind etwa 21 v. H. des gesamten Verbrauchs, gefördert.

Im Pumpwerk Rothenburgsort stehen 12 Pumpmaschinen mit einer stündlichen Höchstliefermenge von rund 23 000 cbm und einer Höchstleistung von etwa 5100 PS. Der erforderliche Dampf wird in 16 Dampfkesseln erzeugt.

Die Pumpmaschinen drücken das Wasser unmittelbar in die Hauptleitungen des städtischen Rohrnetzes.

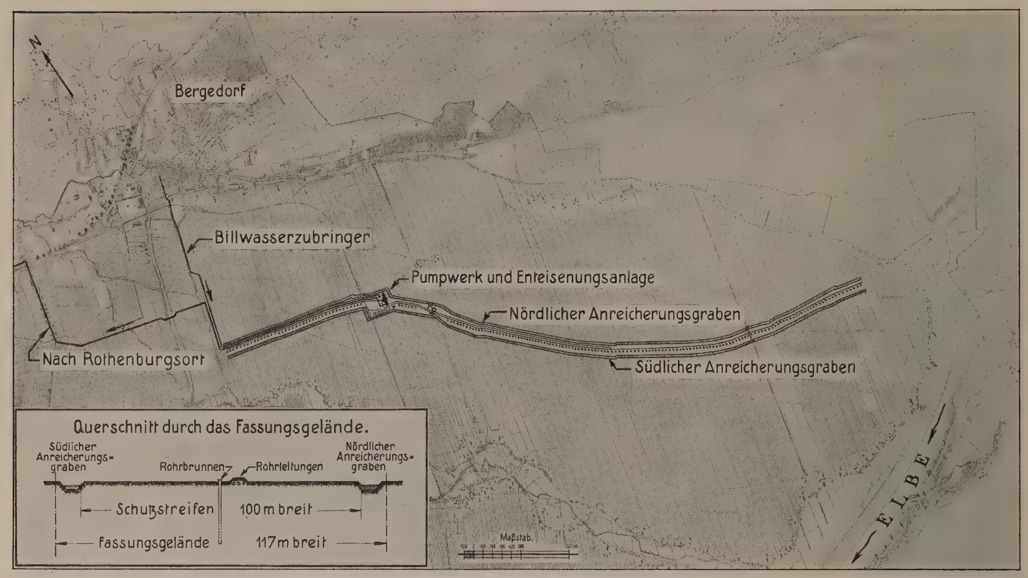
Die zur Ausgleichung der Verbrauchsschwankungen auf der Sternschanze, am Winterhuder Weg und im Stadtpark erbauten Wassertürme sind bis auf weiteres außer Betrieb, weil augenblicklich eine einwandfreie Versorgung der Stadt ohne die Behälter möglich ist und mit dieser Betriebsweise Kosten erspart werden.

Das Rohrnetz hat eine Gesamtlänge von mehr als 1050 km und ist mit etwa 11 600 Absperrschiebern und 7500 Hydranten ausgestattet. Der Wasserverbrauch der Grundstücke wird durch über 40 000 Wassermesser gemessen. In das Versorgungsgebiet, das etwa 1 116 000 Einwohner hat, werden zur Zeit im Jahr etwa 62 000 000 cbm Wasser gefördert. Der höchste, mittlere und geringste Tagesverbrauch für den Kopf der Bevölkerung betrug im Geschäftsjahr 1927: 186, 152 und 100 Liter.

Wenn es auch immer gelungen ist, aus dem Elbwasser ein hygienisch einwandfreies Trinkwasser herzustellen, so hat doch filtriertes Flußwasser den Mangel zu großer Kälte im Winter und zu großer Wärme im Sommer. Ein weiterer nicht zu beseitigender Mangel ist ein modriger Geschmack, der durch die Abwässer der an der Oberelbe liegenden Zuckerfabriken hervorgerufen wird und sich zeitweilig, namentlich im Winter, dann bemerkbar macht, wenn die Elbe mit Eis bedeckt ist und dadurch die Durchlüftung des Wassers verhindert wird. Ferner ist das Elbwasser in den letzten Jahrzehnten durch die Abwässer der Kaliindustrie verschlechtert worden. Es ist daher schon seit langem erstrebt, Hamburgs Wasserversorgung von der Elbe unabhängig zu machen.

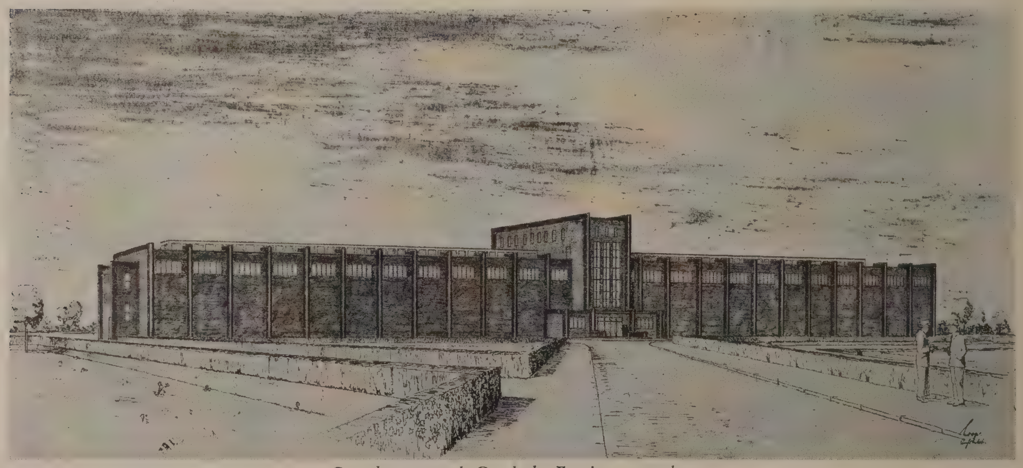
Auf Grund umfangreicher hydrologischer Untersuchungen wurde 1904/1905 das Grundwasserwerk Billbrook erbaut. In den Jahren 1910 bis 1914 sind dann weitere hydrologische Untersuchungen und Pumpversuche vorgenommen worden, die ergaben, daß weitere große Grundwassermengen im hamburgischen Staatsgebiet zu gewinnen sind. Die darauf 1919 gestellten Anträge auf Erbauung von Grundwasserwerken im Marschgebiet mußten wegen der schlechten Finanzlage des Staates zurückgestellt werden. In den Jahren 1925 bis 1928 ist ein zweites Grundwasserwerk in Curslack mit einem Kostenaufwand von rund 18,5 Millionen Rm. erbaut worden, das täglich etwa 90 000 cbm liefert.

Das neue Grundwasserwerk liegt etwa 18,25 km südöstlich vom Mittelpunkt Hamburgs in den Landgemeinden Curslack und Altengamme. Auf dem 7000 m langen, 117 m breiten Fassungs-

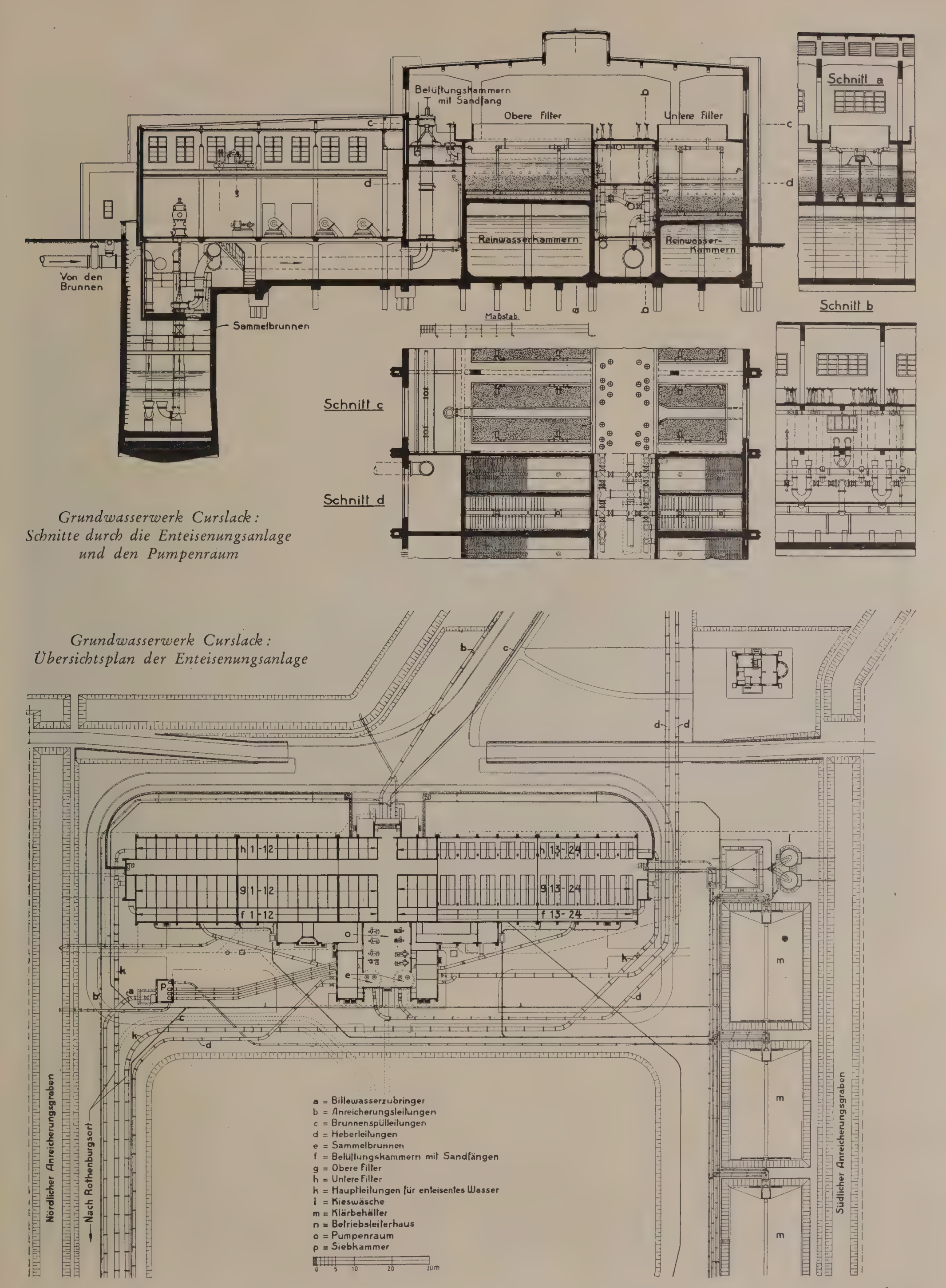


Grundwasserwerk Curslack: Übersichtsplan

gelände befinden sich 259 Brunnen in zwei voneinander unabhängigen Wasserstockwerken, die eine Tiefe von 13 bis 24 und 43 bis 90 m haben. Auf jeder Seite der Brunnenreihe ist ein 50 m breiter, von einem 6 m breiten Anreicherungsgraben eingefaßter Schutzstreifen angelegt. Den Anreicherungsgräben wird Billwasser zugeführt. Das Wasser der Brunnen fließt durch zwei Heberleitungen in zwei Sammelbrunnen. Pumpwerk und Enteisenungsanlage sind in einem Gebäude vereinigt. Für die Enteisenungsanlage wurde die in Billbrook in jeder Hinsicht bewährte offene Bauweise gewählt. Das Wasser wird aus den Sammelbrunnen in Belüftungskammern gehoben, tritt dann in die oberen Filter mit insgesamt 1000 qm Filterfläche und danach in die unteren Filter mit 660 qm Fläche und sammelt



Grundwasserwerk Curslack: Enteisenungsanlage



Grundwasserwerk Curslack: Schnitte durch die Enteisenungsanlage und den Pumpenraum

Grundwasserwerk Curslack: Übersichtsplan der Enteisenungsanlage

sich schließlich in unter den Filtern liegenden Reinwasserkammern.

Die Reinigung der Filter erfolgt durch Druckluft und Wasser. Das enteisente Wasser fließt durch zwei je 16,1 km lange Hauptleitungen von je 1100 bis 1200 mm l. W. nach dem Pumpwerk Rothenburgsort. Dort ist kürzlich ein neuer Sammelbehälter von 40 000 cbm Inhalt mit einem Kostenaufwand von 1,87 Millionen Rm. erbaut worden, der neben

Die Verwaltung der Hamburger Wasserwerke ist im Laufe der Zeiten von verschiedenen Behörden, zuletzt von der Deputation für die Stadtwasserkunst, ausgeübt worden. Um dem Betrieb eine größere Bewegungsfreiheit zu verschaffen, trat am 1. April 1924 die Hamburger Wasserwerke G. m. b. H. an die Stelle der Deputation für die Stadtwasserkunst.

Zum Verwaltungsbereich der G. m. b. H. gehören auch die Wasserwerke Moorburg und Cuxhaven.



Reinwasserbehälter von 40 000 cbm Fassungsvermögen. Gesamtansicht der Baustelle

den beiden vorhandenen Reinwasserbehältern von insgesamt 17 000 cbm Inhalt den für den gleichmäßigen Abfluß der Tagesliefermenge von 90 000 cbm erforderlichen Speicherraum bildet.

Das neue Grundwasserwerk wird mit dem Werk Billbrook zusammen etwa 75 v. H. des Jahresbedarfs des Versorgungsgebiets der Hamburger Wasserwerke liefern. Bis weitere Grundwasserwerke erbaut sind, müssen noch 25 v. H. vom Elbwasserwerk bezogen werden. Um die günstigste Lage der noch notwendigen Grundwasserwerke festzustellen, ist mit Pumpversuchen bereits begonnen.

WASSERWERK MOORBURG.

Die Versorgung der Landgemeinde Moorburg (rund 2000 Einwohner) erfolgt seit 1905 durch ein Grundwasserwerk, das im Jahre 1925 für selbsttätigen elektrischen Betrieb umgebaut wurde. Das Rohwasser wird aus drei Flachbrunnen entnommen und in einer offenen Enteisenungsanlage enteisent. Dann wird es in das Leitungsnetz, in das ein Hochbehälter von 60 cbm Inhalt eingeschaltet ist, gefördert. Im ganzen werden jährlich rund 120 000 cbm Wasser, das sind im Mittel täglich 165 Liter auf den Kopf der Bevölkerung, abgegeben.

WASSERWERK CUXHAVEN.

Das Werk beliefert die Stadt Cuxhaven und verschiedene Landgemeinden mit insgesamt 22 000 Einwohnern. Es wurde 1896 von einem Privatunternehmer erbaut und von ihm auch betrieben. Als es der Hamburger Staat 1912 übernahm, waren die Anlagen völlig unzureichend. Durch den Krieg wurde die Ferstigstellung des neuen Werks bis 1924 verzögert. Die neuen Anlagen werden selbsttätig elektrisch betrieben, so daß für Beaufsichtigung, Bedienung und Instandhaltung nur zwei im Tagdienst beschäftigte Leute genügen. Das Wasser wird neun Rohrbrunnen von 33 bis 42 m Tiefe entnommen und durch Vorpumpen zur Enteisenungsanlage befördert. Nach Belüftung durch Strahldüsen wird es in vier Bollmannfiltern vom Eisen befreit. Das enteisente Wasser wird durch zwei Pumpen ins Leitungsnetz gedrückt. Zum Ausgleich der Verbrauchsschwankungen wird neben dem Hochbehälter von 970 cbm Inhalt ein 1913 für die Versorgung großer Schiffe am Amerikahafen erbauter, 1200 cbm fassender Tiefbehälter benutzt.

Insgesamt werden jährlich 1 084 000 cbm Wasser, davon 85 500 cbm an Schiffe abgegeben. Der mittlere tägliche Wasserverbrauch für den Kopf der Bevölkerung beträgt 129 Liter.

WASSERWERK BERGEDORF.

Die zum Hamburger Staat gehörende Stadt Bergedorf mit rund 19 000 Einwohnern hat ein eigenes, von ihr selbst betriebenes Grundwasserwerk. Das Werk wurde 1885 von einem Unternehmer erbaut und später von der Stadt übernommen und ausgebaut.



Werbebild

WARMBADEANSTALTEN.

Die erste hamburgische, zugleich die älteste deutsche Warmbadeanstalt ist die am 5. April 1855 eröffnete und noch heute bestehende Badeanstalt Steinstraße.

Nach ihr sind die übrigen sechs Anstalten Schaarmarkt (eröffnet 1881), Hoheweide (1895), Lübeckerthor (1904), Barmbeck (1909), Hammerbrook (1912) und Eppendorf (1914) erbaut worden. Die sieben Anstalten enthalten zusammen elf Schwimmhallen mit 911 Auskleidezellen und 996 offenen Auskleideständen, 162 Wannenbäder 1. Klasse, 299 2. Klasse und 157 Brausebäder. Die Baukosten haben rund 5 153 650 Rm. betragen. Die Anstalten sind bis Ende 1902 von einer 1852 gegründeten gemeinnützigen Gesellschaft und danach von der Deputation für die Stadtwasserkunst betrieben worden. Als die Hamburger Wasserwerke G. m. b. H. 1924 an die Stelle dieser Behörde trat, übernahm sie auch den Betrieb, die Unterhaltung und den weiteren Ausbau der Warmbadeanstalten für Rechnung des hamburgischen Staates.

In den Anstalten werden nur Schwimm-, Wannen- und Brausebäder, aber keine Heil- und Schwitzbäder abgegeben; nur in den Wannenbadabteilungen werden Zusatzbäder, und zwar Badesalz- und Fichtennadelbäder, verabreicht. Die Betriebszeiten der Anstalten, die Badedauer und die sehr niedrigen Bäderpreise sind aus dem voranstehenden Werbebild ersichtlich. Vereine erhalten beim Baden in geschlossenen Abteilungen und einstündigem Aufenthalt in den Hallen Preisnachlaß. Der niedrigste Preis wird für den pflichtmäßigen Schulschwimmunterricht (9 Pf. für jedes Schwimmbad der Lehrkräfte und Kinder) erhoben. Freibäder werden grundsätzlich nicht abgegeben.

Im Geschäftsjahr 1927 (1. April 1927 bis 31. März 1928) sind in den sieben Anstalten 2 533 116 Schwimmbäder (darunter 688 035 Schulschwimmbäder und 160 713 Vereinsbäder), 274 250 Wannen-



Badeanstalt Steinstraße



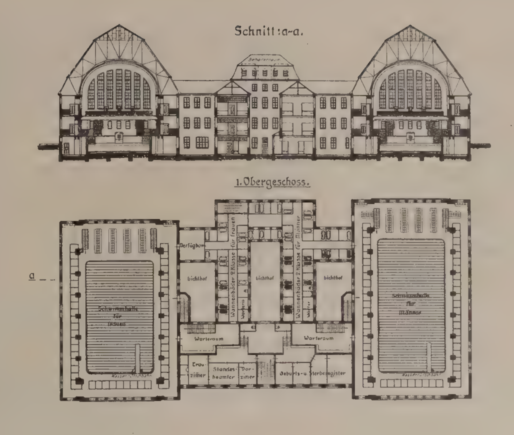
Badeanstalt Eppendorf

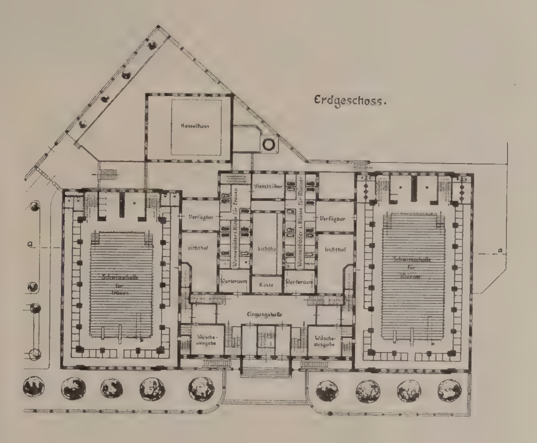
bäder 1. Klasse und 787 091 2. Klasse und 446 410 Brausebäder, insgesamt 4 040 867 Bäder abgegeben und rund 155 000 kg Wäsche für den Badebetrieb gewaschen worden. Bei einer Stadtbevölkerung ohne Vororte von 1 074 160 Einwohnern (nach dem Stande vom Oktober 1927) entfielen auf einen Einwohner im Jahr 3,76 Bäder. Die Einnahmen haben Rm. 1 227 961.60 (das sind 31,39 Pfg. für ein Bad) und die Ausgaben Rm. 1 361 724.59 (das sind 33,7 Pfg. für ein Bad) betragen, so daß ein Staatszuschuß zu den Betriebs- und Unterhaltungskosten von Rm. 133 762.99 (das sind 3,31 Pfg. für ein Bad) erforderlich war. Im ganzen Jahr wurden 7 714 609 kg deutsche Magerförderkohlen (das sind 1,91 kg für ein Bad) und 937 428 cbm Wasser (das sind 232 Liter für ein Bad) zu 13 Pfg. für 1 cbm verbraucht. In den Anstalten waren 281 Personen beschäftigt.

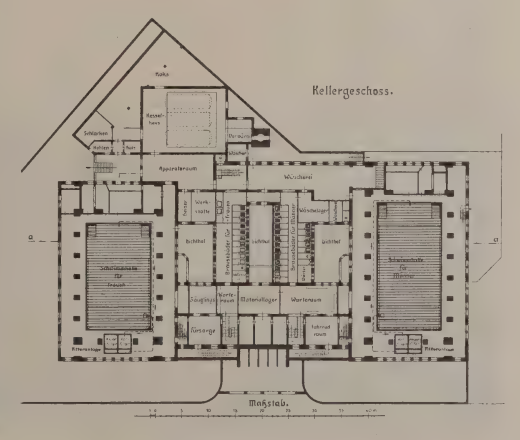
Das Schulschwimmen wird besonders gefördert. Es besteht seit 1898, umfaßte 1914 schon zwei Drittel aller Schulen und ist seit 1918 pflichtmäßiges Unterrichtsfach. Der Schwimmunterricht, der in den letzten Jahren nahezu restlos für alle Schulen durchgeführt ist, wird von den Lehrkräften der Schulen in den schwachbesuchten Vormittags- und Mittagsstunden erteilt. Außer dem eigentlichen Schwimmunterricht der Klassen des 6. Schuljahres wird die weitere Ausbildung der höheren Klassen im Retten, Tauchen und Springen betrieben. Für die staatlichen Schulen werden die Kosten der sämtlichen Schulbäder von der Oberschulbehörde bezahlt.

Sehr große Sorgfalt wird dem Schwimmbeckenwasser gewidmet. Den Schwimmbecken wird ständig so viel Reinwasser zugeführt, daß das Wasser auch bei stärkstem Besuch eine solche Durchsichtigkeit behält, daß Unglücksfälle durch Ertrinken sicher vermieden werden können. Das Reinwasser wird aus dem verbrauchten Schwimmbeckenwasser durch fortlaufende Reinigung mit dem bei der Trinkwasserbereitung aus Oberflächenwasser üblichen Verfahren (Vorklärung durch schwefelsaure Tonerde, zweistufige Schnellfilter usw.) erzeugt. Ferner wird der Beckeninhalt durch Zusatz von Chlorgas keimfrei gehalten, so daß Krankheitsübertragungen als ausgeschlossen gelten können. Um den Chlorgeruch zu beseitigen, wird dem Chlorgas Ammoniak beigemischt. Die gesamten Reinigungsanlagen sind auf Grund der seit 1908 gesammelten Erfahrungen in allen Teilen nach den eigenen Entwürfen der Wasserwerke ausgeführt.

Als Muster der Bauweise, die sich nach den Erfahrungen nach und nach herausgebildet hat, ist die neueste, Ende 1914 eröffnete Badeanstalt Eppendorf anzusehen. Die Einzelheiten dieser Bauweise sind aus den nebenstehenden Abbildungen ersichtlich.







Badeanstalt Eppendorf: Schnitt und Grundrisse

FLUSSBADEANSTALTEN

VON VERWALTUNGSDIREKTOR HILLE

HAMBURGS günstige Lage an dem durch die Elbe und ihre Nebenflüsse Bille und Alster gebildeten Flußnetz hat die Einrichtung von öffentlichen Flußbadeanstalten in den verschiedenen Stadtteilen ermöglicht. Es sind 14 solcher Anstalten vorhanden, die sämtlich von der Polizeibehörde verwaltet werden.

Die Badeanstalten sind im allgemeinen vom 1. Mai bis Ende September täglich von 6 Uhr bis 20 Uhr ununterbrochen geöffnet. Für die Benutzung einer Zelle sind 20 Pf., für die Benutzung eines offenen Auskleidestandes 10 Pf. zu entrichten. Kinder, Jugendliche und Erwerbslose haben freien Zutritt. Wertsachen können unentgeltlich in Aufbewahrung gegeben werden. Infolge der niedrig gehaltenen Benutzungsgebühren erfordern die Anstalten erhebliche Staatszuschüsse.

Besondere Erwähnung verdienen das Familienbad *Ohlsdorf* an der Alster und der Kinderspiel- und Badeplatz *Köhlbrand* an der Elbe.

Die im Jahre 1927 ausgebaute *Badeanstalt Ohlsdorf* ist das erste Familienbad Hamburgs. Die Gesamtfläche des Geländes der Anstalt beträgt 24 000 qm; davon entfallen auf den Badestrand 4800 qm, auf Rasenflächen 2700 qm, auf bebaute Flächen 1850 qm, auf Wasserflächen 9600 qm, auf Grünanlagen 4050 qm und auf Wege 1000 qm. Eingebaut sind 432 offene Auskleideplätze, 90 Einzelzellen, 30 Wechselzellen, 2 Aufbewahrungsräume für je 500 Garderoben, 2 Bedürfnisanstalten, ein 3 m hoher Sprungturm, 5 Sprungbretter, 6 Trinkbrunnen und 44 Duschen. Außerdem sind in besonderen Gebäuden 2 Erfrischungsräume vorhanden. Die Betriebsräume befinden sich in dem hochgelegenen Verwaltungsgebäude. Neuartig sind die sogenannten Wechselzellen. Die Benutzung geschieht in der Weise, daß der Badegast die Zelle betritt, die Eingangstür schließt und sich entkleidet. Er zieht dann an einem Schaltknopf, worauf an der Rückwand der Zelle in dem dahinter belegenen Garderobenraum eine rote Glühbirne aufleuchtet. Der Garderobenwärter öffnet von diesem Raum aus eine nach der Zelle führende Klappe und nimmt durch sie die Kleider des Badegastes zur Unterbringung in Empfang. Als Ausweis erhält der Badegast ein an einem Lederarmband befestigtes Schild mit der Garderobennummer. Er verläßt nunmehr die Zelle, die damit für den nächsten Badegast frei wird. Gegen Rückgabe der Garderobennummer erhält der Badegast auf ein Lichtzeichen seine Kleidung zurück. Die Benutzung der Wechselzellen bietet den Vorteil, daß der Besucher sich unabhängig von der sonst bei Zellenbenutzung notwendigen Zeitbeschränkung beliebig lange in der Anstalt aufhalten kann.

Zur Auffrischung des Wassers in beiden Bassins dient eine Spülleitung als Zubringer aus dem Teil der Alster oberhalb der neuen Schleuse. Das vorhandene Spülrohr hat einen lichten Durchmesser von 1000 mm und eine Durchschnittsfläche von 0,785 qm, das Gefälle beträgt 1:77 und die zugeführte Wassermenge 2,3 Sekundenkubikmeter. Da der Inhalt der beiden Bassins 12 600 cbm beträgt, wird hiernach alle 92 Minuten das Badewasser vollständig erneuert. Die Badebecken sind umgrenzt von einem breiten Sandstrand, eingebettet in zum Lagern einladende Rasen- und Grünflächen. Die Anstalt ist nach allen Seiten offen.



Familienbad Ohlsdorf, Betrieb an einem warmen Tage



Kinderspiel- und Badeplatz am Maakendamm, geschlossene Abteilung der Ferienkolonie

Der Kolonieplatz enthält außer dem Wirtschaftsgebäude drei große Schutzhallen, in denen mehrere tausend Kinder gleichzeitig gespeist werden können. In der modernen Küche sind fünf je 600 Liter fassende Kessel vorhanden.

Geschlossene Schulklassen können in einem besonderen großen Raum unterrichtet werden. Für gymnastische und sportliche Betätigung stehen Spiel- und Sportgeräte in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Auf dem Kolonieplatz finden jeweilig bis zu 5000 Kinder unbemittelter Kreise Aufenthalt für mehrere Wochen. Die Kinder werden von freiwilligen Helfern betreut, die die Kinder auch morgens von und abends nach den Sammelplätzen in allen Stadtteilen begleiten. Da die Beiträge der Eltern zu den Kosten niedrig gehalten werden müssen, erfordert der Betrieb erhebliche Staatszuschüsse.

Auf dem öffentlichen Platz sind außer den Betriebsräumen zwei 150 m lange Schutzhallen und ein Erfrischungsraum vorhanden. Die Benutzung des Platzes ist unentgeltlich. Erwachsene dürfen ihn nur in Begleitung von Kindern betreten. Der Besuch schwankt an heißen Tagen zwischen 10 000 und 15 000 Personen.

Das Familienbad Ohlsdorf ist in unmittelbarer Nähe des Bahnhofs Ohlsdorf malerisch gelegen und mit Vororts- und Straßenbahn sowie Alsterdampfern bequem zu erreichen. Seine fortschrittlichen Einrichtungen haben beim Publikum vollen Anklang gefunden. Die Besucher entstammen allen Schichten der Bevölkerung. An heißen Tagen wurde die Anstalt werktäglich von 6000—10 000, an Sonn- und Feiertagen von 10 000—22 000 Personen besucht.

Der *Kinderspiel- und Badeplatz Köhlbrand* liegt am westlichen Ufer der Köhlbrandmündung. Er ist in der Regel von Ende Mai bis Mitte August den ganzen Tag ununterbrochen geöffnet und vom St.-Pauli-Markt und -Landungsplatz mit Fährdampfern in wenigen Minuten zu erreichen. Der Fahrpreis beträgt für die Hin- und Rückfahrt 10 Pf. für jedes Kind. Der 800 m lange Strand hat etwa 40 000 qm Sandfläche und ist in einen geschlossenen und einen öffentlichen Platz geteilt.

Der nördliche Teil wird von der Ferienkolonie Köhlbrand, der südliche von der Polizeibehörde verwaltet. Die Wasseraufsicht auf beiden Plätzen wird von geschulten Kräften der Polizeibehörde ausgeübt.



Kinderspiel- und Badeplatz am Maakendamm, öffentlicher Platz

BEBAUUNGSPLAN UND GESUNDHEITSPFLEGE

VON FRITZ SCHUMACHER

DR. ING. H. C., DR. MED. H. C., DR. TECHN. H. C.

EIN Urteil darüber, ob das Wesen einer Stadt gesund oder ungesund ist, vermag nur das Studium ihres Bebauungsplanes zu geben.

Bei allen großen Städten, die aus altem historischen Kern zur Form ihres heutigen Riesenleibes ausgewachsen sind, wird schon ein flüchtiger Blick zeigen, daß das Mißverhältnis zwischen dem Lebensmaßstab früherer Zeiten, der ihrer alten Struktur anhaftet, und den Anforderungen der Verkehrs- und Zweck-Funktionen, die wir heute an diesen alten Organismus stellen, zu Krankheitserscheinungen geführt hat. Die Sanierung der alten Teile unserer Städte ist ein selbstverständliches Kapitel des heutigen Städtebaues.

Aber es ist nicht die einzige Aufgabe der sanierenden Reform. Auch diejenigen Teile unserer großen Städte, die sich im Bewußtsein ihres Großstadtschicksals entwickelt haben, zeigen eine Struktur, die uns heute reformbedürftig erscheint. Und es ist nicht nur die allgemeine Stadtmasse, um die es sich dabei handelt, sondern das Wesentliche liegt tiefer. Die Art, wie sich aus dem Zuschnitt dieser Stadtmasse das *Wohnwesen* ihrer Bürger entwickelt hat, ist entscheidend für unser Urteil über die sozial-hygienischen Eigenschaften eines Stadtgebildes.

Will man darüber berichten, wie es in dieser Beziehung mit Hamburg steht, so stößt man zunächst auf alle die Großstadt-Schwierigkeiten, die auch für andere Städte typisch sind, aber man wird weit über diese typischen Fragen hinausgeführt, wenn man die Lage von Hamburgs städtebaulicher Wohnungspolitik und den daraus entstehenden sanitären Verhältnissen richtig beurteilen will. Man wird erkennen, daß diese Stadt vor ganz besonderen Schwierigkeiten steht, die in ihrem politischen Zuschnitt liegen.

Der Außenstehende ist leicht geneigt, anzunehmen, daß die angedeuteten Schwierigkeiten vor allem in der Kleinheit des Hamburger Gebietes liegen. Gewiß, der verhältnismäßig kleine Umfang des noch unbebauten Bodens steht überall als Zwang im Hintergrunde; aber man würde vom eigentlichen Kern des Sachverhalts nur ein sehr ungenügendes Bild haben, wenn man lediglich diese ganz grobe Tatsache der quantitativen Beschränktheit beachtete.

Zwei Umstände treten zu ihr hinzu, die das Problem erst richtig beleuchten. Das eine ist eine geologische, das andere eine geographische Eigentümlichkeit. Die *geologische* beruht darauf, daß sich an der Stelle der Unterelbe, an der Hamburg liegt, das Widerspiel zweier Bodenformationen vollzieht, das Widerspiel von gewachsenem Boden, der Geest, und angeschwemmtem Boden, der Marsch. Ihr Niveauunterschied ist etwa 5 m; die Geest ist das natürliche Wohnland, die Marsch kann nur künstlich im großstädtischen Sinne siedlungsfähig gemacht werden durch Aufhöhung um 5 m oder durch Eindeichung in Verbindung mit geringeren Aufhöhungen. Wenn die Geest das natürliche Wohnland ist, kann man die Marsch das natürliche Arbeitsland nennen, denn nur sie eignet sich für die Einschnitte großer künstlicher Wasserarme für Übersee-Häfen, Binnenschiffahrt oder Industriekanäle. Die Art und Weise, wie Marsch und Geest an der Stelle, wo Hamburg liegt, gegeneinander verteilt sind, ist nun so, daß ein breiter Marschstreif den bei Hamburg ost-westlich verlaufenden Strom begleitet (vgl. Abb. 1), derart, daß das Arbeitsgebiet der gespaltenen Elbe im Westen auf etwa 15 km Länge nur von Marschland gesäumt wird, während Geestland lediglich im Süden und im Norden zu finden ist. Will man also das natürliche Ziel verfolgen, den Arbeitskern ringsherum mit Siedlungen für die Arbeiter zu umgeben, damit Wohnen und Arbeiten in möglichst organische Beziehungen tritt, so ergibt sich, daß die Ausführung dieses natürlichen Grundprinzips dazu führen würde, auf weite Strecke die Wohnsiedlungen in die Marsch zu legen. Das Schema unten links auf Abb. 1 verdeutlicht die Situation. Hamburg ist früher und auch jetzt genötigt, sich an bestimmten Stellen durch die gewaltige technische Energieleistung von sturmflutfreien Aufhöhungen ein teures Siedlungsland zu schaffen, auf dem man nur mit künstlichen Fundierungen teuer zu bauen vermag.

Zu dieser Schwierigkeit tritt nun aber die weitere hinzu, die im *geographischen* Zuschnitt der Form des Hamburger Staatsgebietes liegt. Ein langgestreckter schmaler Nord-Süd-Leib ist dem ostwestlich gerichteten Arbeitsgebiet der Marsch als natürliches Wohngebiet gleichsam aufgesattelt. Alle dem Hafen einigermaßen benachbarten Teile dieses Gebietes sind bereits ausgebaut. Die noch etwas freieren Teile sind vom Zentrum der Hauptarbeit, dem Hafen, so weit nach Norden geschoben, daß die in den neueren nördlichen Zonen der Stadt wohnenden Hafenarbeiter bereits jetzt zwischen Wohnstätte

und Arbeitsstätte 14—20 km täglich zurückzulegen haben. In den freien, sich noch weiter nach Norden erstreckenden Gebieten wächst dieser Weg mehr und mehr. Das ist ein Zustand, der wirtschaftlich und sozial die schwersten Anforderungen an Hamburg stellt. Sozial, weil der Arbeiter wertvolle Stunden seiner Muße auf überfüllten und teuren Transportmitteln zubringen muß, wirtschaftlich, weil diese Transportmittel auf die Spitzenleistung des Arbeitsbeginns und Arbeitsschlusses eingestellt sein müssen und sich in der Zwischenzeit nicht rentieren können. Für eine vernünftige und menschlich vertretbare Lösung der hauptsächlichen Siedlungsfrage Hamburgs kommen also beträchtliche Hamburger Gebiete, trotzdem sie frei sind, gar nicht in Betracht.

Aus der Erkenntnis dieser Eigentümlichkeiten ergibt sich nun erst ein Verständnis für die Schwierigkeiten der Hamburger Wohnungspolitik. Sie führen zwangsläufig zu der Notwendigkeit, in den Teilen des Hamburger Gebietes, die zum Arbeitszentrum verhältnismäßig günstig liegen, so viele Menschen wie irgend möglich anzusiedeln. Diese Tendenz hat in den zurückliegenden Zeiten, in denen man der Wohnentwicklung ziemlich unbekümmert ihren freien Lauf ließ, zu den charakteristischen Leidensformen unserer Stadt geführt, vor allem zur großen Engigkeit der Besiedlung: Hamburg hat im Durchschnitt 359,5 Einwohner pro Hektar bebauter Fläche, Leipzig und Nürnberg beispielsweise nur 282. Nur Breslau übertrifft unter den deutschen Großstädten Hamburg noch. Die statistische Darstellung, Abb. 2, auf der jeder Punkt 200 Einwohner bedeutet, zeigt, wie sich die Menschen in einzelnen Stadtteilen in einer Weise zusammenballen, die jenen Durchschnitt natürlich weit übersteigt. Diese Wohndichte hat den hohen Zinshausbau als natürlichen Begleiter. Er wiegt im bisherigen Hamburg in erschreckender Weise vor. Man kann auf der Darstellung der Abb. 3 verfolgen, in wie starkem Maße das Haus mit mehr als 11 Wohnungen die ganze bisherige Stadt beherrscht. Heute, wo die Frage der Reform der Großstadt alle Gemüter bewegt, wo der Ernst solcher Feststellungen voll erkannt wird, sind Hamburg in der Durchführung der Verwirklichung seiner Wünsche und Erkenntnisse enge Grenzen gesetzt.

Wenn man das Bild dieser Schwierigkeiten aufrollt, kann man wohl hinzufügen, daß man nicht tatenlos vor ihnen haltmacht, aber man muß zugleich sagen, daß man die allgemeine Tendenz, die sich in ihnen ausspricht, nicht überwinden kann. Immer werden die Zustände, die sich aus einer allzu großen Entfernung zwischen Wohnen und Arbeiten ergeben, noch verhängnisvoller erscheinen, als die Zustände, die aus dem hohen Etagenhause erwachsen, vorausgesetzt, daß man seine Struktur reformiert. Deshalb sind dem Wohnungsidealismus ganz bestimmte Fesseln angelegt, denn ohne *boden*politischen Idealismus gibt es keinen wohnungspolitischen Idealismus in seiner reinsten Form. Wir können vor allem das Ideal der Kleinhaussiedlung mit Gartenfleck, das wir heute in unseren Wünschen ganz bewußt dem Etagenhaus gegenüberstellen, lediglich in verschwindendem Maße in Hamburg Wirklichkeit werden lassen.

Nur weit vom Zentrum entfernt sind einige Kolonien dieser Art entstanden: in Farmsen, wo eine Genossenschaft eine Kleinhaussiedlung von etwa 500 Wohnungen hat erstehen lassen, und im Norden von Langenhorn, wo der Staat in der ersten Nachkriegszeit eine Siedlung von etwa 700 Einzelhäusern errichtete, deren jedes 750 qm Gartenfläche besitzt, da die Abwässer in Ermangelung einer Kanalisation auf dem Grundstück selbst verarbeitet werden müssen.

Diese Beispiele sind Ausnahmen. Im allgemeinen ist die Kleinhausbauweise im Hamburger Gebiet nicht durchführbar, wohl aber ist es gelungen, in den noch freien Bezirken nördlich vom Stadtpark die Bebauungspläne so anzulegen, daß in diesem großen Distrikt nur Etagenhäuser gebaut werden können, die zwei Obergeschosse nicht übersteigen. In diesem nördlichen Gebiet der Stadt wird also nicht der bisherige Typus der Großstadt entstehen, sondern ein Typus von *mittelstädtischem* Charakter.

Die besondere Schwierigkeit einer zeitgemäßen Reform tritt aber erst da deutlich hervor, wo man es zu tun hat mit *halbentwickelten* Gebieten, in denen überaltete Bebauungspläne gesetzeskräftig sind. Da Hamburg in früheren Zeiten für sehr weite Bezirke seine Bebauungspläne festgelegt hat, spielen die Zonen eine wichtige Rolle, in denen tiefe Blöcke für fünf- und sechsgeschossige Bebauung ausgewiesen sind. Hier setzt jetzt das Reformbestreben ein; da aber alle Verhältnisse, vor allem die Bodenpreise, sich in diesen Teilen der Stadt schon nach den gesetzeskräftigen Bebauungsplänen eingestellt haben, kann es nur eine Arbeit in verhältnismäßig engem Rahmen sein. Ihr Ziel ist vor allem ein Verhindern des sechsten Geschosses, das Mütter mit kleinen Kindern in den Zustand einer Art Gefangenschaft bringt. Erreichen kann man es nur von Fall zu Fall auf irgendeinem indirekten Wege, der dem Staate Macht über die privaten Bauvorhaben gibt. Diese Reform der Höhenentwicklung ist in den letzten Jahren in sehr schwerer Arbeit angefaßt worden. Was man durch sie schließlich zu erreichen hofft, zeigen die statistischen Rosetten der Abb. 8. Man sieht daraus,

daß das Ergebnis, um das gerungen wird, doch noch der Mühe wert ist.

Dieses Herabzonen der hochgestaffelten Bauweise ist aber nur die eine Seite der Reform, ihr eigentlicher Kern besteht in der Umformung eines verderblichen Grundrißtypus, der sich innerhalb dieser Bauweise für die Kleinwohnung entwickelt hat. Auf tiefen Blöcken sind Bauten mit weit ins Innere hineinreichenden Hinterflügeln entstanden, so daß zwischen Hinterflügel und Hinterflügel schmale, ungesunde Schlitze von 4 m Breite sich entwickelt haben. Innerhalb dieser Grundform liegt in der Mitte ein Treppenhaus, unbelüftet, nur von oben mäßig beleuchtet, und in jedem Geschoß sind 4, bisweilen noch mehr Wohnungen an das Treppenhaus angeschlossen (vgl. Abb. 4 u. 4a). Diese Wohnungen sind ohne Querlüftung; sie haben Wohnräume mit Fenstern, die nur in die schmalen Schlitze zwischen den Hinterflügeln münden. Es ist eine hygienisch aufs höchste verwerfliche Bauweise.

In einem schwierigen Kampf der letzten 15 Jahre ist es erreicht, diesen Typus zu verbannen und ihn zu ersetzen durch eine Bauweise, deren Grundriß sich ohne Hinterflügel in Streifen entwickelt, die je nach der Zimmerzahl der Wohnung eine Höchsttiefe von 10 bis 12 m haben. Diese Grundform gibt die Sicherheit, daß sich in ihr nur Grundrisse entwickeln lassen, in denen jeder Raum, einschließlich des Treppenhauses, unmittelbar am freien Lichte liegt und jede Wohnung die Möglichkeit der Querlüftung hat. Damit ist ein Fundament für ordentliche hygienische Verhältnisse geschaffen. Das Gewebe, aus dem sich der Körper der Stadt zusammensetzt, ist gesundet (vgl. Abb. 5 und 5a).

Diese Reform der Kleinwohnungsbauten, die darauf beruht, daß sich die Baumassen nur noch in Streifen entwickeln dürfen, läßt sich natürlich verhältnismäßig leicht in Gegenden durchführen, wo man den Bebauungsplan *neu* gestaltet. Man kann die Blöcke auf diese Form zuschneiden, so daß die neue Bauweise sich wirtschaftlich entwickeln läßt. Ganz anders ist das in den weiten Gebieten, wo wir vor *halb entwickelten* Bebauungsplänen stehen und Tausende von Wohnungen bereits nach dem alten Plan gemäß dem Hinterflügel-Bautypus entstanden sind. Wollte man hier einfach in den Baulücken der tiefen Blöcke beginnen, nur noch in schmalen Streifen zu bauen, so würden die dabei entstehenden Wohnungen angesichts des schlecht ausgenutzten kostspieligen Bodens so teuer werden, daß man sie nicht vermieten könnte. Verbesserungen des Wohnungstypus sind nur dann Reformen, wenn sie die Mieten nicht steigern. Es muß hier also für jeden einzelnen Fall eine Form gefunden werden, die den Boden mit der neuen Bauweise ebenso vorteilhaft ausnutzt wie mit der alten. Nach welcher Richtung hierbei die Gedankengänge gehen, mögen die Beispiele der Abb. 6 und 7 zeigen. Man sieht in ihnen, wie der streifenförmige Baukörper nach einem besonderen baulichen Gedanken jeweilig so dem Bauplatz angepaßt ist, daß er ihn ebenso gut ausnutzt, wie die gedankenlose Hinterflügelbauweise.

Verhältnismäßig selten ist in Hamburg der Fall, wo man solche Absichten reformatorischer Art in größerem Maßstab auf ein ganzes Gebiet, über das bereits anders disponiert war, anzuwenden vermag. Am weitgreifendsten ist das wohl im südlichen Barmbeck auf dem sogenannten Dulsberggelände gelungen. Hier bestand für ein weites Gebiet ein gesetzlicher Bebauungsplan, der in tief zugeschnittenen Blöcken fünf- und sechsgeschossige Etagenhäuser mit Hinterflügeln vorsah und die so entstehenden Steinmassen nur mit einer einzigen, verhältnismäßig kleinen und schlecht angeordneten Grünanlage unterbrach (vgl. Abb. 9). Man hatte schon begonnen, ihn auszuführen, als der Nachweis gelang, daß man nach einem völlig andern städtebaulichen Aufteilungsgedanken erreichen konnte, daß bei nahezu gleicher Wirtschaftlichkeit drei bedeutsame Reformen erzielt werden konnten: eine Herabzonung des größten Teiles der Anlage um zwei Geschosse (an den Hauptverkehrsstraßen um ein Geschoß), eine Verdreifachung der Grünanlagen und ein Blockzuschnitt, der hygienisch einwandfreie Wohnungen garantierte. (Vgl. Plan Abb. 10.)

Durch eine große Umlegung wurden diese Möglichkeiten eingeheimst, und der Staat selbst begann die Ausführung dieses Planes mit einer Kleinwohnungskolonie, die auch sonst nach andern Gesichtspunkten angelegt ist. Jeder Block umschließt einen Kinderspielplatz. Die Abb. 11 zeigt, daß ein Siedlungscharakter entsteht, der mit den Eindrücken des Großstadtetagenhauses nichts mehr gemein hat. Damit war eine entscheidende Wendung in Hamburgs neuerer Kleinwohnungspolitik begründet, die nicht wieder verwischt ist.

Das würde vielleicht noch deutlicher hervortreten, wenn Hamburg nicht nach diesem ersten Anfang aufgehört hätte, staatsseitig selber Kleinwohnungen zu bauen. Zweierlei war dafür entscheidend. Einesteils die Schwierigkeiten, die sich in der Verwaltung solch großer Kolonien ergaben, da der Staat den Forderungen der Mieter weit machtloser gegenübersteht als der Private, anderenteils und hauptsächlich, weil es im Interesse der Gesamtwirtschaft zu liegen schien, den Privatarchitekten und mit ihm zusammen den Privatunternehmer im Wohnungsbau wieder zum Schaffen zu bringen. In Wahr-

heit mußte der Staat allerdings, wenn das Wohnungswesen nicht völlig versiegen sollte, die Fäden der Finanzierung in der Hand behalten. Für die Art aber, wie das geschieht, wurde ein anderes System eingeführt, das System der „Beleihungskasse", das seit dem Jahre 1922 die ganze Wohnungsproduktion der Stadt unter Führung des Senators Dr. de Chapeaurouge in die Wege leitete. Bei dieser Beleihungskasse werden die Projekte für Kleinwohnungen vorgelegt, und wenn ihre Ausführung für die Allgemeinheit von Interesse ist, wird ihnen eine zinslose zweite Hypothek von etwa 45 v. H. gewährt, die mit 1 v. H. bis 3 v. H. getilgt werden muß. Dafür setzt die Beleihungskasse die Höhe der Miete fest und reguliert so in doppelter Weise den Markt.

Nach diesem System hat sich vom Jahre 1922 an bis jetzt der Kleinwohnungsbau in aufsteigender Kurve entfaltet. 1927/28 hofft man etwa 9000 bis 10 000 Wohnungen beleihen zu können.

Dadurch, daß die ganze Entwicklung des Wohnungswesens sich so wieder der Privattätigkeit zuwendet, wird die Stadt städtebaulich vor ein ganz besonderes und nicht leicht zu bewältigendes Problem gestellt. Es ist verhältnismäßig einfach, einem Stück neu entstehender Stadt einen bestimmten künstlerischen Charakter zu geben, wenn die ganzen Entwürfe von einer behördlichen Stelle aus einheitlich aufgestellt werden. Sehr verwickelt wird die Aufgabe, wenn man das gleiche Ziel erreichen will mit Entwürfen, die von den verschiedensten Architekten geschaffen werden. Diese Aufgabe ist sogar in neuerer Zeit immer schwerer geworden. Vor dem Kriege, als man sich in einer ruhigen architektonischen Ausdrucksweise bewegte, konnte man sich mit verhältnismäßig einfachen Mitteln — gleichen Hauptgesimsen und durchlaufenden Dachfirsten — helfen, heute aber, wo an die Stelle einer statisch beruhigten eine dynamisch bewegte Architekturauffassung getreten ist, wo der Architekt seine Wirkungen mit dem Widerspiel kubischer Massen zu erreichen sucht, ist das anders geworden.

Es hat das zu einer Arbeitsmethode geführt, in die die Abbildungen 12 bis 15 einen gewissen Einblick geben. Das Städtebauamt arbeitet einen ganzen in Entwicklung befindlichen Stadtteil im Modell durch, indem es die Verteilung der kubischen Massen seiner Bauten in einfachen Blöcken zur Darstellung bringt. Hebung und Senkung, Zusammenklang und Kontrast der Baumassen wird dadurch nach großen Gesichtspunkten vorbestimmt. Nach den rhythmischen Absichten dieses Modells richtet sich der projektierende Architekt. Aber diese Absichten bleiben elastisch. Ihre endgültige Form finden sie erst in der Zusammenarbeit mit den ausführenden Architekten. So wird versucht, einen möglichst lebendigen Ausgleich zwischen Zwang und Freiheit zu finden und ohne diktatorische Maßnahmen den neu entstehenden Stadtteilen ein Stück Harmonie zu sichern. Für den gehetzten Menschen unserer Zeit dürfte auch darin ein Stück Hygiene liegen, Hygiene der Nerven, ein Kapitel gesundheitlicher Pflege, das in der Großstadt vielleicht noch am meisten im argen liegt.

Wir haben unter den städtebaulichen Problemen die Frage des *Wohnungswesens der Massen* in den Vordergrund gestellt, weil, wie gesagt, die Kleinwohnung schließlich nichts anderes ist als das Gewebe, aus dem sich der Leib einer Stadt aufbaut, und der Grad der Gesundheit dieses Gewebes den hygienischen Zustand einer Stadt mehr bestimmt als alles andere. Die Kleinwohnung umfaßt 85 v. H. aller Wohnungen Hamburgs. Aus der Tatsache, daß Hamburg auf diesem Gebiete im wesentlichen darauf beschränkt ist, den Typus des großstädtischen Etagenhauses zu reformieren und die weitgehenden Ziele, die auf den Zusammenhang des Kleinwohnungsinhabers mit einem eigenen Stück Gartenland hinausgehen, fast ganz verzichten muß, tritt mit der Wohnungsfrage ein zweites großes Kapitel städtebaulicher Überlegungen in unmittelbaren Zusammenhang — das Kapitel der *Grünanlagen.*

Je mehr eine Bevölkerung auf das Etagenhaus angewiesen ist, um so mehr muß dafür gesorgt werden, daß ihr ausreichende Grünanlagen zur Verfügung stehen. Das ist um so mehr nötig, als Hamburg infolge seiner Gebietsknappheit auch für Dauerpachtgärten, die einen gewissen Ersatz für die Form der Kleinhaussiedelung geben, nur in sehr bescheidener und durchaus nicht dem Bedürfnis entsprechender Weise zu sorgen vermag. Hamburg ist sich durch Generationen hindurch infolge der Schönheit seines Alsterbeckens nicht der Notwendigkeit bewußt geworden, für öffentliches Grün systematisch zu sorgen. Gewaltige Ansammlungen von Menschen, wie Eimsbüttel und Hammerbrook, konnten entstehen ohne eine Spur von Parks, ja beinahe ohne Spielplatz. Erst das Wachsen Barmbecks zeitigte den „Stadtpark", und im Anschluß an diese große Schöpfung mußte die gleiche Generation rings um die Stadt herum noch im letzten Augenblick nachzuholen versuchen, was gerade noch zu erreichen war. Die Politik ging dahin, private parkartige Gärten zu öffentlichen Anlagen zu machen. In langen Verhandlungen gelang es, das Hauptstück des Hammer Parks bei der Erschließung seiner Umgebung für das öffentliche Leben Hamburgs zu retten. Trauns Park, Kämmerers Park, Wehbers Park, Schröders Park,

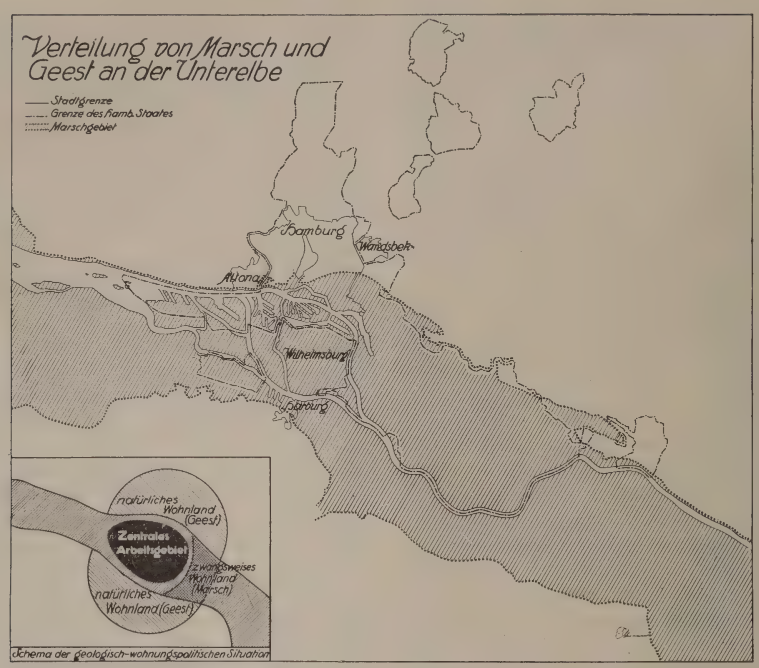


Abb. 1. Verteilung von Marsch und Geest. (Schraffur zeigt Marsch)

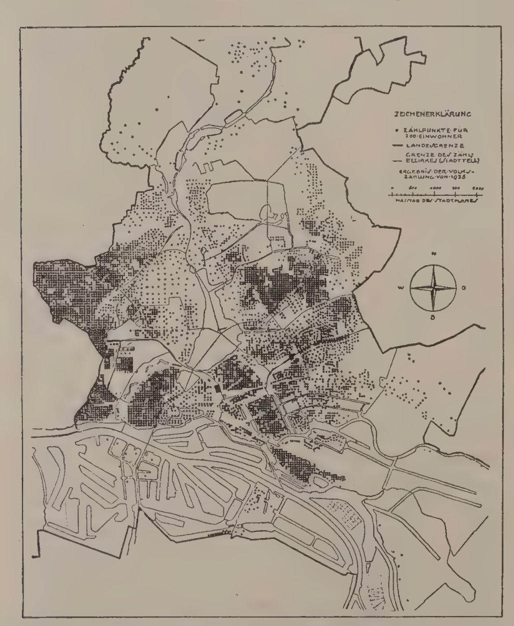


Abb. 2. Verteilung der Wohndichte (ein Punkt gleich 200 Personen)

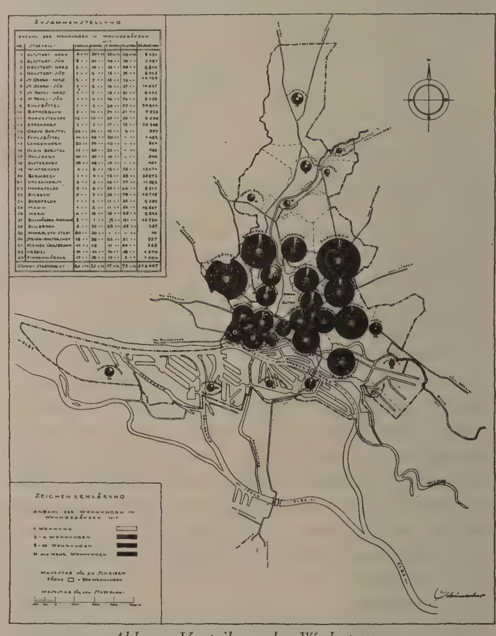


Abb. 3. Verteilung der Wohntypen (schwarz zeigt Häuser mit 11 bis 24 Wohnungen)



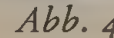


Abb. 4

Abb. 5

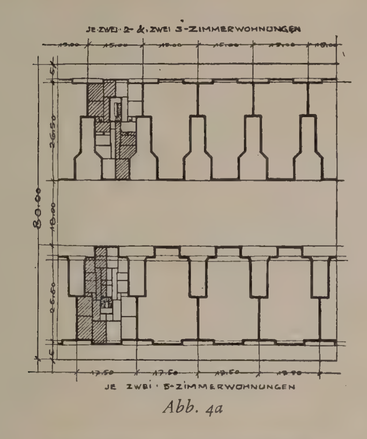


Abb. 4a

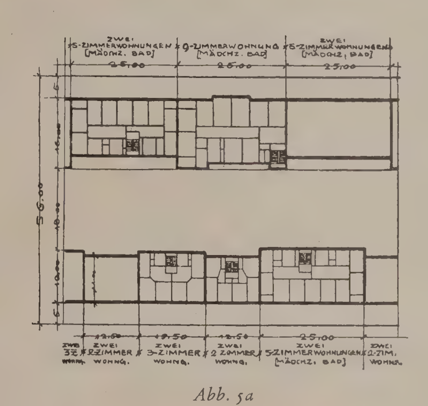
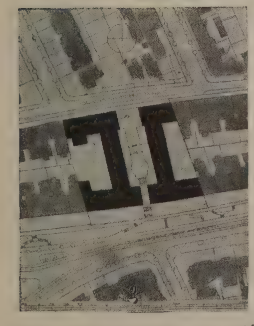


Abb. 5a





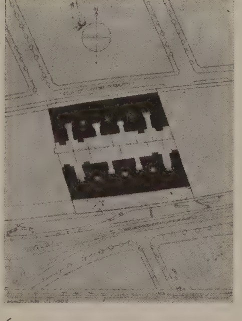


Abb. 6

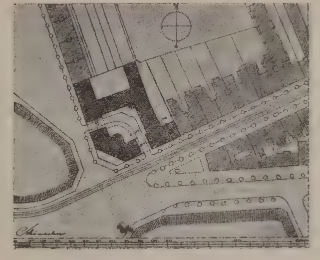
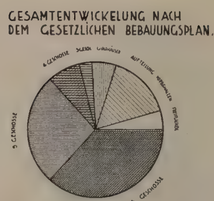


Abb. 7





JETZIGER ZUSTAND.


Ab. 8. Herabzonung gesetzlicher Bebauungspläne







Abb. 9, 10 u. 11. Umgestaltung eines alten gesetzeskräftigen Bebauungsplanes

Abb. 12.



Modell eines Wohnbezirks in Barmbeck

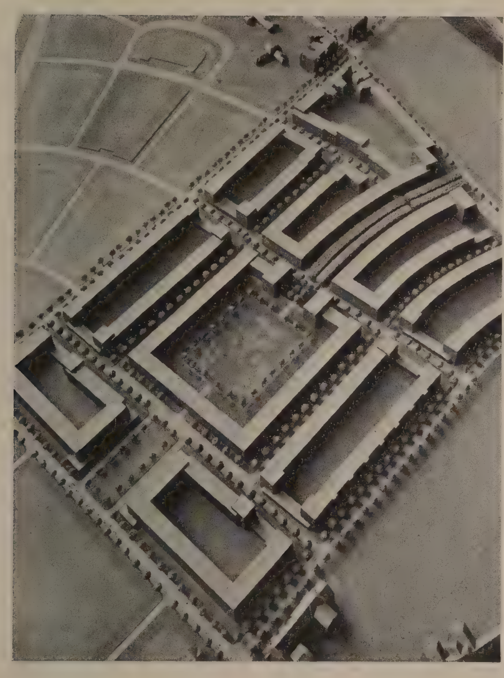


Abb. 13. Wohnbezirk in Winterhude

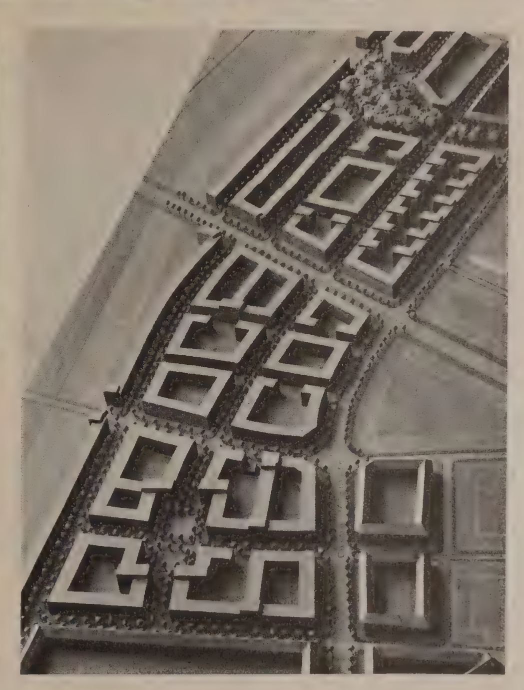


Abb. 14. Wohnbezirk in Hamm



Abb. 15. *Wohnbezirk an der Veddel*

46*

Hayns Park, die nach den alten Bebauungsplänen sämtlich als Bauplätze verschwunden wären, sind einer nach dem andern für die Allgemeinheit erobert und vom Gartenwesen musterhaft hergerichtet. Das Ziel der Grünpolitik ging aber weiter dahin, die vereinzelten Grünflecken soweit als möglich im Bebauungsplan durch Grünstreifen miteinander zu verbinden. Ein wichtiges solches Band war im Norden vor allem der Grünstreifen, der an der kanalisierten oberen Alster entlang geht. Er zieht sich von Westen nach Osten quer durch das Hamburger Gebiet und gibt die Anknüpfungspunkte für ein Grünsystem, das nördlich vom Stadtpark die Planungen beherrscht.

Innerhalb dieser Grünanlagen ist dem Spiel- und Sportplatz neuerdings in ganz anderer Weise Raum geschaffen wie früher. Die Sportplätze haben sich in Hamburg innerhalb der letzten zwölf Jahre um etwa 50 ha vermehrt. Im Jahre 1914 waren es 89,1 ha Bruttofläche (71,3 Nettofläche), im Jahre 1926 waren es 139,1 ha Bruttofläche (111,3 Nettofläche). Bezieht man diese Zahlen unter Berücksichtigung des inzwischen eingetretenen Wachstums auf den Kopf der Bevölkerung, so ergibt sich, daß 1914 0,89 qm Bruttofläche (0,71 Nettofläche) auf einen Einwohner entfiel, während es 1926 1,28 qm Bruttofläche (1,36 qm Nettofläche) waren. Werden die in den vorliegenden Bebauungsplänen vorgesehenen Plätze zur Ausführung gebracht, so steigert sich diese Zahl auf 1,70 qm pro Kopf (1,38 qm Nettofläche). – Die ideale Forderung, die im Entwurf für ein Spielplatzgesetz nach dem Kriege aufgestellt wurde und die auf 3 qm für den Kopf der Bevölkerung lautete (0,5 für Kinderspielplätze, 2,5 für organisiertes Spiel und Sport), ist damit allerdings noch nicht annähernd erfüllt. Sie wird für Hamburg unerreichbar bleiben, weil es sich zu lange ohne Rücksicht auf Gesichtspunkte dieser Art entwickelt hat und derartige, den Organismus des Bebauungsplanes berührende Maßnahmen nicht nachträglich in alte Gebiete hereinkorrigiert werden können. Für diejenigen Teile, die Hamburg bebauungsplanmäßig neu behandelt, entsteht deshalb ein völlig anderes System städtebaulicher Gestaltung.

Wir haben hier nur die Wohnungsgestaltung und die Freiflächenanlagen herausgegriffen aus den mannigfachen Kapiteln des Städtebaues, weil sie die hygienischen Gesichtspunkte am unmittelbarsten berühren. Daß damit vieles, was für eine im Organismus gesunde Stadtgestaltung wichtig ist, unberührt bleibt, braucht kaum gesagt zu werden. In Wahrheit treffen sich ja im Städtebau die Fäden aller Einrichtungen, die der Mensch ersinnen muß, um sein gedrängtes Zusammenleben erträglich zu machen, und irgendwie laufen sie alle gleichzeitig in das Gebiet herüber, das der Beruf beherrscht, dessen Aufgabe das physische Wohl des Individuums ist.

DIE WOHNUNGSBEWIRTSCHAFTUNG

VON OBERBAURAT PETERS, LEITER DES HAMBURGER WOHNUNGSAMTES

HAMBURG ist eine von den Städten, die nach dem Kriege besonders empfindlich von der Wohnungsnot betroffen wurden. Der Grund hierfür lag darin, daß nach Überwindung der ersten Nachkriegszeit Hamburg seine Anziehungskraft als Wirtschaftszentrum wieder ausübte und in ähnlicher Weise wie vor dem Kriege einen dauernden starken Zuzug erfuhr. Dazu kam, daß Hamburg nach dem Kriege auch ein Hauptsammelpunkt für die vertriebenen Auslandsdeutschen wurde, die von hier ihre Beziehungen nach Übersee wieder anzuknüpfen hofften. So ist es gekommen, daß die Zahl der Wohnungsuchenden trotz einer namentlich in den letzten Jahren erheblichen Bautätigkeit noch dauernd im Steigen ist.

Die amtliche Bewirtschaftung der Wohnungen begann in Hamburg Anfang 1919 mit der Einrichtung eines amtlichen Wohnungsnachweises. Die Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen des Reichswohnungsmangelgesetzes erfolgte im Oktober 1919 durch Erlaß mehrerer hamburgischer Verordnungen, die im Jahre 1920 zu einer umfassenden Hamburgischen Wohnungsmangelverordnung zusammengefaßt wurden. Diese besteht nach mehrfachen Änderungen heute in der Fassung vom 3. Januar 1927 und dient als Unterlage für die Verwaltungsmaßnahmen des Wohnungsamtes.

Das Wohnungsamt ist Gemeindebehörde und beschäftigt 108 Beamte und Angestellte; es ist nach Stadtteilen in drei Abteilungen gegliedert, zu denen noch ein Hauptbureau und eine Abteilung für allgemeine und Tauschangelegenheiten gehören. Das Wohnungsamt ist reine Verwaltungsbehörde und hat ehrenamtliche, von der Bürgerschaft gewählte Mitarbeiter nur in den Beisitzern des Beschwerdeausschusses für das Wohnungsamt, der über alle Beschwerden, soweit sie nicht zur Zuständigkeit des Mieteeinigungsamtes gehören, zu entscheiden hat.

Die Bewirtschaftung der hamburgischen Wohnungen erstreckt sich heute nur noch auf die Erfassung und Verteilung der vorhandenen Wohnungen mit weniger als 3000 Mark Friedensmiete, nachdem weitere Dienstzweige wie die Bewirtschaftung von Zimmern und Teilwohnungen, Zwangseinquartierung, Bau von Dachgeschoßwohnungen u. a. m. aufgegeben worden sind. Das Wohnungsamt bewirtschaftet nicht nur die Altwohnungen, sondern auf Grund von Verträgen auch die Neubauten, soweit sie seitens der staatlichen Beleihungskasse für Hypotheken Darlehen erhalten haben. Bei den Neubauwohnungen richtet sich der Einfluß des Wohnungsamtes nach der Höhe des staatlichen Darlehens. Für Neubauten gemeinnütziger Baugenossenschaften sind bestimmte, nach der Kinderzahl gestaffelte Eintragungszeiten der Wohnungsbezieher vorgeschrieben.

Die Vergebung der Wohnungen erfolgt in der Art, daß sämtliche freiwerdenden oder neuen Wohnungen im Hamburger Wohnungsanzeiger veröffentlicht und durch einen beim Wohnungsamt gebildeten Verteilungsausschuß an die dringlichsten Bewerber vergeben werden. Der Vermieter hat eine begrenzte Auswahl. Als Bewerber können nur solche Wohnungsuchende auftreten, die im Besitze eines vom Amte erteilten Wohnungsbewerbungsausweises sind. Diese Ausweise werden an die am längsten gemeldeten bzw. dringlichsten Wohnungsuchenden ausgegeben. Die normale Wartezeit der Wohnungsuchenden beträgt zur Zeit bei Wohnungen bis 1000 Mark Friedensmiete sechs Jahre, bei Wohnungen von 1000 Mark bis 2000 Mark Friedensmiete etwa drei Jahre, während die Bewerber für Wohnungen mit einer Friedensmiete von mehr als 2000 Mark Friedensmiete sofort Bewerbungsausweise erhalten.

Die Vergebung der Wohnungen erfolgt grundsätzlich nach der Reihenfolge der Eintragung beim Wohnungsamt. Dieser Grundsatz wird durchbrochen durch die Dringlichkeitsfälle, die, wie überall, einen unverhältnismäßig hohen Prozentsatz ausmachen. Nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen müssen vertriebene und verdrängte Auslandsdeutsche sowie Familien mit drei und mehr Kindern vorzugsweise behandelt werden. Hierzu kommen die versetzten Beamten, die Schwerkriegsbeschädigten, die Tuberkulösen und die Räumungsschuldner.

Die dringliche Behandlung der vorstehend genannten Kategorien von Personen umfaßt zugleich die Aufgaben des Wohnungsamtes, die man im engeren Sinne die „sozialen" nennt. Es ist Aufgabe des Wohnungsamtes zu prüfen, ob und in welchem Umfange die vorgenannten Personenkreise im Einzelfalle vorweg zu behandeln sind. Es gilt hierbei einen angemessenen Ausgleich in der Berücksichtigung mit denjenigen Wohnungsuchenden zu treffen, die ohne besondere Dringlichkeitsgründe durch ihr jahrelanges Warten einen Anspruch auf Befriedigung ihres Wohnbedürfnisses haben.

Nachstehende Zahlen werden von den einschlägigen Verhältnissen einen ungefähren Begriff geben:

Jahr	Dringlichkeitsgesuche		Wohnungsuchende		
	eingegangene	genehmigte		dringlich	vordringlich
1921	24 975	4013	24 944	1691	—
1922	24 558	3191	32 056	2650	—
1923	20 929	2971	36 837	2971	—
1924	16 681	1978	38 077	3055	—
1925	12 703	2462	34 197	1217	1223
1926	[illegible] 819	3234	41 248	1810	1989
1927	13 811	4710	45 732	2217	2252

Über die einzelnen Kategorien der Dringlichen sei kurz folgendes bemerkt:

Daß die Gesuche von Flüchtlingen und Verdrängten sowie von versetzten Beamten, die ja ohne ihren Willen Wohnort und Wohnung wechseln müssen, bevorzugt zu behandeln sind, ergibt sich aus staatspolitischen Gründen. Auch die dringliche Behandlung kinderreicher Familien liegt im allgemeinen Staatsinteresse. Wohnungspolitisch muß allerdings die Einschränkung gemacht werden, daß zugezogene Familien, auch wenn sie kinderreich sind, hinter ansässigen Hamburger Familien zurückstehen müssen. Es ist dies fast das einzige Mittel, um dem unerwünschten Zuzug nach der Großstadt und der Belastung ihrer sozialen Einrichtungen mit Familien, die für den Lebenskampf in der Großstadt ungeeignet sind, einen Damm entgegenzusetzen.

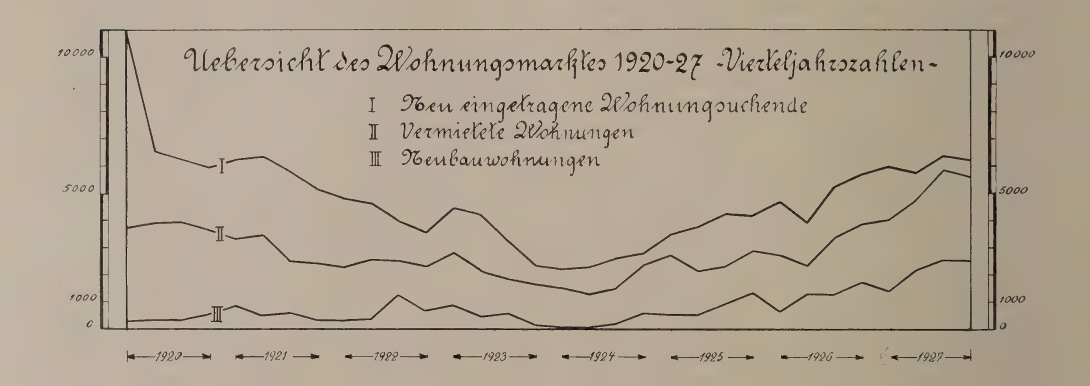
Die Schwerkriegsbeschädigten und Tuberkulösen erfordern eine Sonderbehandlung sowohl im eigenen als auch im allgemeinen Interesse. Leider bietet die gerade in diesen Kreisen vorhandene Zahlungsschwachheit dem Wohnungsamt sehr oft nicht die Möglichkeit so zu helfen, wie es gerne möchte, da die erforderlichen größeren und besser gelegenen Wohnungen ihre Zahlungskraft übersteigen. Dazu kommt bei den Tuberkulösen die übergroße Zahl, die es dem Wohnungsamt nur in schweren, mit Ansteckungsgefahr verbundenen Fällen, und zwar dann, wenn Kinder vorhanden sind, erlaubt zu helfen. Vorbeugende Fürsorge zu treffen, liegt unter den augenblicklichen Verhältnissen nicht in der Macht des Wohnungsamtes. Zu wünschen wäre es, wenn die ärztliche Eheberatung, besser Ehewarnung, hier noch breiteren Boden gewänne.

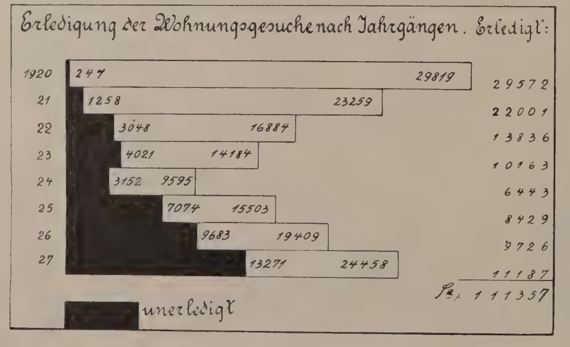
Besonders schwierig gestaltet sich die Fürsorge des Wohnungsamtes für die Räumungsschuldner.

Soweit es sich um Fälle unverschuldeter Räumungspflicht handelt, also bei Räumung von Amts- oder sonstigen Dienstwohnungen infolge Aufhörens des Dienstverhältnisses, ferner beim Abbruch von Wohnungen oder der amtlichen Erklärung ihrer Unbewohnbarkeit ist die Unterbringungspflicht des Wohnungsamtes ohne weiteres gegeben. Anders ist es mit Räumungsschuldnern, die ein gerichtliches Räumungsurteil ohne Ersatzraumklausel haben. Bei ihnen muß man im allgemeinen eigenes Verschulden annehmen. Das Wohnungsamt hilft deshalb aus sozialen Gesichtspunkten auch nur in den Fällen, in denen es wegen des Vorhandenseins mehrerer Kinder annehmen muß, daß der Versuch einer Unterbringung in Untermiete als aussichtslos angesehen werden muß. Eine Unterbringung durch das Wohnungsamt kommt selbstverständlich nur dann in Frage, wenn der Räumungsschuldner Inhaber einer selbständigen Wohnung gewesen ist.

Mit der anderweitigen Unterbringung von Wohnungsinhabern befaßt sich das Wohnungsamt nur dann, wenn laut amtlichem Gutachten der Wohnungspflege, der Gesundheitsbehörde oder des Jugendamtes die in Frage kommenden Wohnungen ungeeignet oder gesundheitsschädlich sind, ohne daß es den Inhabern trotz längerer Versuche gelungen ist, ihre Wohnungen gegen geeignetere zu tauschen. Auch hier scheitern die Versuche des Wohnungsamtes sehr oft an der mangelnden Kaufkraft der zu betreuenden Familien. Diese Schwierigkeit macht sich besonders dann oft in bedauerlicher Weise bemerkbar, wenn es sich darum handelt, Familien mit Kindern aus gewissen, von der Prostitution bevölkerten Straßen der Alt- und Neustadt und aus dem Sanierungsgebiet zu entfernen.

Das Wohnungsamt kann die ihm im Laufe der nächsten Jahre noch bevorstehenden mühsamen Arbeiten nur leisten, wenn es den richtigen Ausgleich zwischen gleichmäßiger und bevorzugter Zuteilung des zur Verfügung kommenden Wohnraumes zu treffen weiß. Das besagt, daß es in vielen Fällen die erwünschte beschleunigte Hilfe versagen muß.





Zahl der Wohnungsuchenden 31. XII. 27	45732	Parteien
davon: Wohnungsinhaber	3978	"
" Wohnungslose	41754	"
" Dringliche	2217	"
" Vordringliche	2252	"

Die Wohnungslosen getrennt nach:

Personenzahl	1	2	3	4	5	6 u. mehr	41754 WS mit 100592 Pers.
	48	29209	9093	2548	596	260	
Mietegruppe (Friedensmiete)	bis 300	3/400	4/500	5/800	8/1500	über 1500	
	45	15953	12684	10279	2343	450	41754

DIE WOHNUNGSFÜRSORGE IN HAMBURG

VON OBERBAURAT DR.-ING. DR. BRANDT

I. DIE VORKRIEGSZEIT

INFOLGE starker Zuwanderung und Bevölkerungsvermehrung hatten sich bereits in den siebziger und achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in den inneren Stadtteilen Hamburgs recht unerfreuliche Wohnzustände herausgebildet. Durch die starke bauliche Ausnutzung der Grundstücke waren Wohnhöfe schlimmster Art entstanden, die zu erheblichen hygienischen und sozialen Bedenken Anlaß gaben. Die Gesundheitszustände in diesen dichtbevölkerten Gebieten wurden mit Sorge beobachtet. Hier fanden Krankheiten einen guten Nährboden. Hier war die Sterblichkeit, besonders im Kindesalter, erheblich größer als in andern, weiträumiger bebauten Wohngegenden. Auch war die polizeiliche Überwachung dieser Wohnviertel nicht immer gefahrlos und das Rettungswerk der Feuerwehr erschwert. Aber es fehlte an gesetzlichen Mitteln, diese Zustände zu bessern und zu beseitigen, bis im Jahre 1892 die Choleraepidemie die Gewissen aufrüttelte und eine Wandlung in den Anschauungen der politischen maßgebenden Kreise brachte.

Um das erneute Auftreten ähnlicher Seuchen zu verhüten, wurden drei Wege eingeschlagen. Einmal wurden die Bestimmungen des Baupolizeirechts über die Anforderung an Neubauten verschärft. Ferner wurde ein Wohnpflegegesetz erlassen mit dem Ziel, eine planmäßige Wohnungsaufsicht einzuführen. Endlich wurde mit dem Abbruch der ungesündesten Bezirke begonnen. Hierfür kamen Teile der Altstadt und der Neustadt in Frage. Die geplanten Sanierungen gelangten bis zum Ausbruch des Krieges in der südlichen Neustadt und einem Teil der Altstadt zur Durchführung, während der Rest heute noch auf den Abbruch wartet. In diesen alten Gängevierteln der inneren Stadt mit ihren billigen Verfallwohnungen drängen sich heute noch die asozialen und lichtscheuen Elemente zusammen, die für jede Weltstadt typisch sind. Doch ist das Sanierungswerk in der letzten Zeit wieder in Angriff genommen, so daß die Beseitigung der schlimmsten Wohnviertel nur noch eine Frage der Zeit ist.

Die öffentlichen Körperschaften haben vor dem Kriege noch bei einer andern Gelegenheit in die Wohnverhältnisse eingegriffen. In den Jahren 1895 bis 1902 war infolge ungenügender Bautätigkeit ein empfindlicher Mangel an Kleinwohnungen eingetreten. Dies gab den Anlaß, daß im Jahre 1902 durch ein Gesetz zur Förderung des Baues kleiner Wohnungen besondere Erleichterungen und Anreize geschaffen wurden. Einerseits wurden die baupolizeilichen Anforderungen an Kleinwohnungen herabgesetzt. Anderseits wurde die Finanzdeputation ermächtigt, Staatsgrund zu günstigen Bedingungen für den Bau von Kleinwohnungen abzugeben und den Erwerbern bei der Beschaffung der zweiten Hypothek zu günstigen Bedingungen behilflich zu sein. Auch wurde für neuerstellte Kleinwohnungen eine Befreiung von der Grundsteuer für zehn Jahre gewährt. Durch das Gesetz wurde der Bau von Zweizimmerwohnungen in erheblichem Maße gefördert. An der Durchführung beteiligte sich eine Reihe von gemeinnützigen Baugesellschaften in hervorragender Weise.

II. DIE NACHKRIEGSZEIT

Alle diese Bestrebungen zur Besserung der Wohnverhältnisse wurden 1919 durch die schlagartig einsetzende Wohnungsnot unterbrochen. Diese war nicht nur eine Folge des Brachliegens der Bautätigkeit während der Kriegsjahre, sondern wurde auch durch die starke Zuwanderung von außen her noch erheblich verschärft. In dem Zeitraum von 1919 bis 1927 beträgt der Wanderungsgewinn der Stadt Hamburg fast 80 000 Menschen. Das bedeutet etwa dasselbe, wie wenn eine Stadt wie Rostock oder Regensburg mit ihren gesamten Einrichtungen innerhalb eines Zeitraums von neun Jahren nach Hamburg verpflanzt wäre. Zu den Flüchtlingen aus allen Teilen des Reiches, vor allem aus Nordschleswig, kam ständig ein starker Zustrom vom Lande, der die Wohnungsnot trotz aller Anstrengungen von Jahr zu Jahr verschlimmerte.

Hamburg hat sich in weitgehendem Maße bemüht, diese Wohnungsnot durch Förderung des Wohnungsneubaues zu beheben. Bereits 1918 wurden zu diesem Zweck 10 Millionen Mark zur Verfügung gestellt und die Finanzdeputation ermächtigt, geeignete Staatsgrundstücke für den Wohnungsbau herzugeben. Als Träger der finanziellen Maßnahmen wurde die hamburgische Beleihungskasse für Hypotheken bestimmt, die am 6. August 1914 gegründet war, um dem Kreditbedürfnis des Handels und Gewerbes während der Kriegszeit Rechnung zu tragen, eine Aufgabe, die in den letzten Kriegsjahren immer mehr zurücktrat.

Die Förderung der Neubauten erfolgte in den ersten Nachkriegsjahren in der Weise, daß das Reich



Baublock Schlankreye des Bauvereins der Postbeamten e. G. m. b. H.
Architekt: Ernst H. Dorendorf



Baublock Veddel der Wohnhausgesellschaft Groß-Hamburg m. b. H.
Architekten: H. Distel und A. Grubitz (B. D. A.)

Baublock Fuhlsbütteler Straße der Baugenossenschaft im Reichsbund deutscher Mieter
Architekt: Friedrich Ostermeyer (B. D. A.)



Baublock Meister-Franke-Straße der Bürgerbau m. b. H.
Architekt: Ernst H. Dorendorf

die Hälfte der Baukostenüberteuerung durch Baukostenzuschüsse deckte, während der hamburgische Staat die andere Hälfte übernahm. Die erforderlichen Mittel wurden seit 1920 durch Erhebung eines besonderen Zuschlages zur Grundsteuer aufgebracht. Seit dem Herbst 1923 hat Hamburg keine Reichsmittel für den Wohnungsbau mehr in Anspruch genommen, sondern die erforderlichen Mittel ausschließlich durch Erhebung der Grundsteuerzuschläge beschafft. Die Höhe dieser Zuschläge betrug 1924 6 v. H. der Friedensmiete, sie wurden in den einzelnen Jahren immer wieder erhöht und betragen seit dem 1. Oktober 1927 27 v. H. der Friedensmiete. Aus der beigefügten Tabelle ist die Zahl der Wohnungen und die Aufwendungen für diesen Zweck in den einzelnen Jahren ersichtlich.

Die Förderung des Wohnungsbaues in Hamburg

Jahr	Bevölkerung			Von der Beleihungskasse bewilligte Darlehen			Zugang an Wohnungen				
	Stadtgebiet	Landgebiet	Zusammen	Zahl der Wohnungen[2]	Gesamtbetrag RM.	je Wohnung RM.	im Stadtgebiet	im Landgebiet inkl. Städte	Zusammen	auf je 1000 d. Stadtbevölkerung	auf je 1000 d. Landbevölkerung
1919	985784	64596	1050380	1079	—	—	678	39	717	0,7	0,6
1920	1025502	65572	1091074	709	—	—	1992	328	2320	1,9	5,0
1921[1]	—	—	—	2398	—	—	2420	438	2858	—	—
1922	1067121	70106	1137227	1207	—	—	2763	499	3262	2,6	7,1
1923	1072653	71091	1143744	472	1960356	4150	3202	260	3462	3,0	3,7
1924	1074357	72778	1147135	1890	14190300	7500	1501	198	1699	1,4	2,7
1925	1054021	74767	1128788	4126	36564000	8850	3086	544	3630	2,9	7,3
1926	1089837	77625	1167462	7878	57882000[3]	7350	4142	652	4794	3,8	8,4
1927	1110908	78625	1189533	rd. 10000	rd. 55000000	5500	7527	678	8205	6,8	8,6

[1] Keine Volkszählung. [2] Die Zahl der durch die Beleihungskasse im jeweiligen Geschäftsjahr vom 1. April bis 31. März nächsten Jahres finanzierten Wohnungen kann sich nicht mit dem Zugang an Wohnungen im gleichen Kalenderjahre decken, sondern wirkt sich erst später aus.
[3] Darunter 17000000 RM. durch Anleihen.

Als Bauherren traten vorwiegend Baugenossenschaften, gemeinnützige Baugesellschaften und Privatunternehmer auf, nur in geringem Umfange Einzelsiedler. Der Staat selbst hat nur zwei größere Siedlungen in eigener Regie ausgeführt, über die an anderer Stelle berichtet ist. Er mußte wegen der schlechten Erfahrungen mit der Verwaltung dieser Wohnungen auf eine eigene Bautätigkeit verzichten. Der Flachbau konnte, auch wenn seine Vorteile vielfach erörtert wurden, wegen der engen Begrenzung des hamburgischen Gebietes und des geringen Umfanges an verfügbarem Baugelände nicht in gleichem Umfange gefördert werden, wie es in andern Ländern und Städten möglich war. Nicht einmal 15 v. H. aller bezuschußten Bauten sind Flachbauten. Nur drei Siedlungsgenossenschaften führten den Bau von Kleinsiedlungen in größerem Umfange durch. Im übrigen erstrebten alle Baugenossenschaften den Bau von Großwohnhäusern.

Eine weitsichtige Bodenpolitik, die schon in der Vorkriegszeit verfolgt war, erlaubte dem Staat, aus seinem umfangreichen Grundeigentum Baugelände in erheblichem Umfange zur Verfügung zu stellen. Fast alle Baugenossenschaften erhielten Baugrund in Erbbaurecht oder gegen Einräumung eines Rückkaufsrechtes. Privatgrundstücke kamen nur in geringerem Umfange auf den Markt. Dadurch hatte der Staat auch einen wesentlichen Einfluß auf die Gestaltung der Bodenpreise, die lange Zeit unter den Vorkriegspreisen lagen und erst in der letzten Zeit diese erreichen oder überschreiten. Der Staat hat außerdem zur Förderung der Bautätigkeit in erheblichem Umfange durch den Bau von neuen Straßen beigetragen. Von 1919 bis Ende 1927 sind allein im Stadtgebiet fast 100 km neue Straßen zur Aufschließung von Baugelände gebaut.

Bei der Finanzierung der Wohnungsbauten wurden drei Posten unterschieden: erste Hypothek, Beihilfedarlehen und Eigenkapital. Die erste Hypothek wurde meist von den beiden Hamburger Sparkassen oder der Reichsversicherungsanstalt, zum Teil auch von der Hamburger Feuerkasse oder von Hypothekenbanken gegeben, zeitweise auch in größerem Umfange auf dem Privatmarkt beschafft. Erst im Laufe des Jahres 1927 stieß die Beschaffung auf Schwierigkeiten, und es wurde zur Abhilfe eine besondere Baukasse gegründet, die im Auslande Anleihen aufnimmt, für die der Staat die Zins- und Ausbietungsgarantie übernimmt. Die Höhe der Beihilfedarlehen und die Höhe der Zins- und Tilgungs-



Laubenganghaus am Heidhörn
Architekt: Paul A. R. Frank



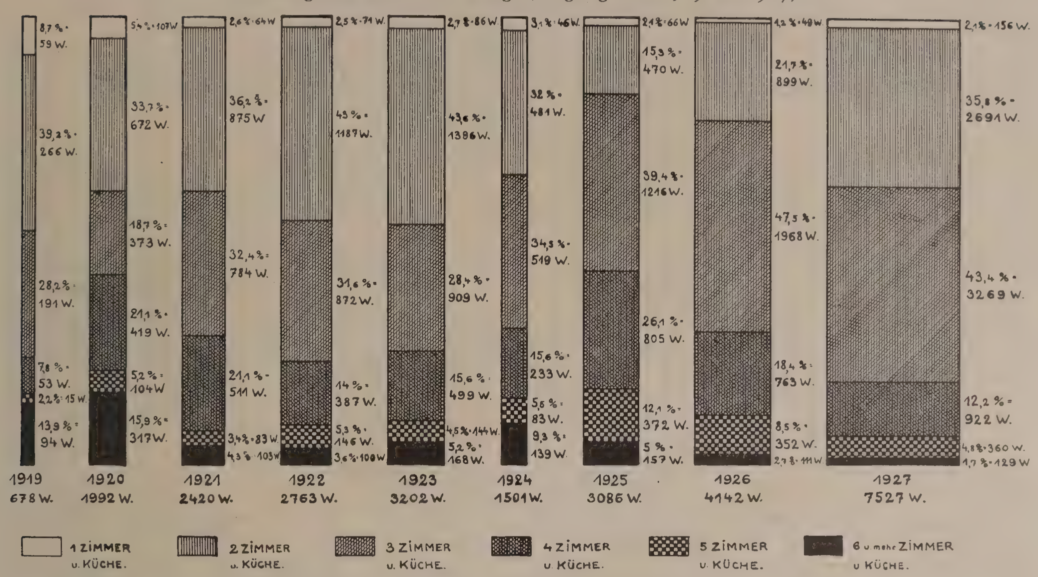
Reihenhaussiedlung Kösterallee für kinderreiche Familien
Architekt: Paul A. R. Frank

Wohnnische im Laubenganghaus Heidhörn
Architekt: Paul A. R. Frank



Kochnische im Laubenganghaus Heidhörn
Architekt: Paul A. R. Frank

Wohnungsbau nach dem Kriege (Zugang von 1919 bis 1927).



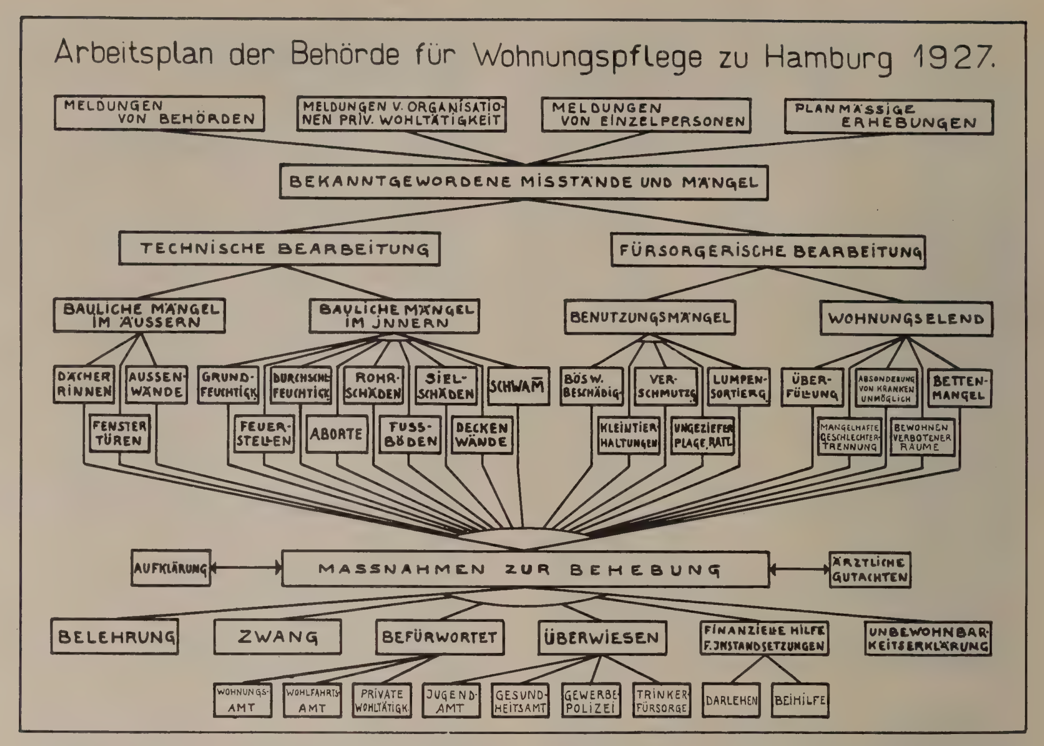
sätze wurde im Einzelfalle durch besonderen Vertrag je nach der Gemeinnützigkeit der Bauherren und der Art der Wohnungen festgesetzt. Schwierigkeiten bereitete meist die Beschaffung des Eigenkapitals an letzter Stelle. Zeitweise haben hierbei die Baukostenzuschüsse der Mieter eine erhebliche Rolle gespielt.

Die Beihilfedarlehen wurden nicht nur für Kleinwohnungen gegeben, sondern auch in größerem Umfange für größere Häuser und Einzelhäuser. Hinsichtlich der Größenabmessung der einzelnen Wohnungstypen wurden keine Vorschriften gemacht. Es überwiegen die Größen von 50 bis 60 qm Wohnfläche. Kleinstwohnungen unter 50 qm sind bisher wenig gebaut. Die Kosten des umbauten Raumes sind seit 1924 langsam gestiegen. Anfangs wurden nur Baukosten von 25 bis 28 Rm. für den Kubikmeter je nach Art der Ausführung anerkannt, zur Zeit liegen die Baukosten zwischen 30 und 33 Rm. Die Ausstattung der Bauten übertrifft zum Teil die der Vorkriegszeit, überall sind technische Fortschritte zur Anwendung gelangt.

Auf die Miethöhe der Neubauwohnungen hat sich die Beleihungskasse stets einen maßgebenden Einfluß gesichert. In den Kleinwohnungen betrugen die Friedensmieten in Hamburg durchschnittlich 6 Rm. für den Quadratmeter Wohnfläche, nur bei besonders günstiger Verkehrslage mehr. In den Neubauten wurde zunächst eine Miete von 8 bis 9 Rm. für den Quadratmeter anerkannt, doch stiegen diese Sätze im Jahre 1927 bis auf 11 Rm. und für bessere Wohnungen sogar bis auf 12.50 Rm.

Neben diesen Wohnungsbauten hat der Staat im Jahre 1920 noch eine Reihe von Baracken als Behelfs- und Asylwohnungen errichtet. Ferner wurden als Ergänzung der üblichen Wohnungen mit staatlicher Hilfe einige Wohnstifte und Altersheime errichtet und der Bau von Kinderhorten unterstützt. Endlich ist noch zu erwähnen, daß sich zwei Baugenossenschaften nur mit dem Bau von Wohnungen für Kinderreiche beschäftigt und bereits mehrere große Wohnhausblöcke für diesen Zweck errichtet haben. Ihnen hat die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für jede Wohnung einen Sonderzuschuß zu besonders günstigen Bedingungen gegeben, um die Mieten niedrig zu halten.

Der hamburgische Staat hat sich aber nicht nur bemüht, den Wohnungsneubau zu fördern, sondern hat auch erhebliche Mittel zur besseren Ausnutzung und Erhaltung des Altwohnungsbestandes aufgewandt. So wurden rd. 1400 Behelfswohnungen in alte Wohngebäude eingebaut, vorwiegend Dachgeschoßwohnungen, und 1570 Zwangseinquartierungen in übergroße Wohnungen vorgenommen. Auch wurden bedürftigen Grundeigentümern verzinsliche Abzahlungshypotheken für die Instandsetzung ihrer Wohngrundstücke gegeben. Bis Ende 1927 wurden auf diese Weise im ganzen 1769 Grundstücke völlig instand gesetzt. Endlich hat eine planmäßige Wohnungsaufsicht zu der baulichen Erhaltung der Alt-



wohnungen beigetragen. Während der Inflationszeit und in der ersten Zeit nach der Stabilisierung der Währung bereitete es erhebliche Schwierigkeiten, die Grundeigentümer dazu zu bringen, daß sie die erforderlichen Instandsetzungsarbeiten in ihren Grundstücken vornahmen. Hamburg hat aber rechtzeitig den Teil der Mieten, der für die bauliche Unterhaltung der Häuser bestimmt ist, in angemessener Weise erhöht. Er beträgt seit langem 32 v. H. der Friedensmiete. Dadurch gelang es, daß die überwiegende Zahl der Wohnhäuser die Schäden der Kriegs- und ersten Nachkriegszeit langsam überwand und den Zustand der Vorkriegszeit wieder erreichte. Die für Reparaturen in Frage kommenden Handwerker waren in den letzten Jahren so stark beschäftigt, daß sie kaum noch weitere Aufträge übernehmen konnten.

Viel ungünstiger steht es bisher noch mit der Lösung des zweiten Aufgabenkreises, der der Behörde für Wohnungspflege neben der Erhaltung der Altwohnungen gestellt ist, und der sich auf die Besserung der Wohnverhältnisse bezieht. Eine der schlimmsten Folgen der Wohnungsnot ist die, daß Familien, die noch nicht für die Zuweisung einer eigenen Wohnung heranstehen, irgendwo in Untermiete oder in Verfallwohnungen unterkriechen. Ihre vorläufige Unterbringung wird dadurch erschwert, daß leere Zimmer in Untermiete nur in geringem Umfange angeboten werden und außerordentlich teuer sind. Zu diesen nicht wohnungsberechtigten Familien kommen dann noch die vielen Räumungsschuldner hinzu, die sich selbst irgendwo in Untermiete unterbringen und dadurch zur Überfüllung der Wohnungen beitragen. Die Zahl der überfüllten Wohnungen darf auf etwa ein Viertel des Kleinwohnungsbestandes geschätzt werden.

Daneben spielen immer noch die unterwertigen Wohnungen eine Rolle. Hierbei handelt es sich meist um dunkle und feuchte Kellerwohnungen oder Erdgeschoßwohnungen in den Hinterhäusern, die verhältnismäßig billig sind. Es fällt meist sehr schwer, die Mieter dieser minderwertigen Wohnungen anderweitig unterzubringen, da sie keine höheren Mieten tragen können. Unter diesen Schwierigkeiten war es bisher kaum möglich, an die eigentliche Wohnungsreform zu denken, wenn auch täglich von neuem der schwere und oft hoffnungslose Versuch gemacht wurde, das Wohnungselend der untersten Bevölkerungsschicht zu lindern.

NEUERE SCHULBAUTEN UND ÖFFENTLICHE GEBÄUDE

VON BAUDIREKTOR BAUER

DAS für die Volksschulbauten vorgelegte „Volksschulbautenprogramm“ stützt sich in einem wesentlichen Teil auf Forderungen der Hygiene und gibt in diesem die Richtlinien, wie die als maßgebend erkannten Forderungen der Hygiene in modernen Schulbauten zur Anwendung zu kommen haben. In dem Schulhausbauprogramm der Hamburgischen Schulsynode vom April 1901 sagt der Hamburger Schulmann *H. Th. Matth. Meyer* zum Schluß: „Wenn das Volk als das tüchtigste auf dem Plane des Weltkampfes erscheint, das die besten Schulen hat, so wird man unter diesen natürlich in erster Linie das Werk der Erziehung, dann aber auch die Räume, in denen es vollbracht wird, verstehen müssen“. Die Richtigkeit dieser These ist nicht anzuzweifeln, und so wird es auch erklärlich, daß die Frage des Schulbauprogramms dauernd im Fluß ist. War bisher in Hamburg nur von einem Volksschulbautenprogramm die Rede, so haben die Ereignisse nach dem Kriege diese Programmfrage wesentlich beeinflußt; es vernotwendigt sich, einmal das bisherige Volksschulbautenprogramm zu erweitern, dann aber auch solche für die höheren Schulen und die Berufsschulen festzulegen, und bei allen diesen Dingen sind die Lehren der Hygiene besonders ausschlaggebend.

In der Regel werden nach den bisherigen Volksschulbautenprogrammen die Bauplätze für Volksschulen in der Größe angewiesen, daß nach Anordnung der Baumassen 2 qm benutzbare Spielplatzfläche pro Kind verbleiben. Das Ausmaß der Klassen beträgt, für 50 Plätze berechnet, rund 9 m : 6 m : 3.85 m. Eine bestimmte Grundform der Schulgrundrisse ist nur insofern vorhanden, als die Klassen zum größeren Teil einseitig, zum kleineren Teil doppelseitig an die Gänge gelegt werden und vorzugsweise nach Süden, Südwesten oder Südosten, keinesfalls nach Norden zu gerichtet sein sollen.

Die Wände und Decken aller Räume sind hellfarben zu behandeln. Als Fußbodenbelag ist Linoleumbelag auf wärmeisolierender Schicht bisher verwendet, allerdings wird in jüngster Zeit die Verwendung von Hartholzparkett in Asphalt für Klassen und von Kunststeinbelag für Gänge und Treppen aufgenommen. Die Treppenbreite beträgt 2 m zwischen den Handläufen gemessen, Flure erhalten bei einbündiger Bebauung 3 m, bei zweibündiger Bebauung 4.20 m Gangbreite, neuerdings sollen die Flure in 1.50 m Höhe Wandplattenbelag erhalten, während bisher Ölfarbenanstrich der Wandsockel stattfand. Besondere Kleiderablagen sind nicht vorhanden, die Kleider werden auf den Fluren aufgehängt, die Flure sind beheizt. Die zentrale Beheizung der Gebäude erfolgt durch Niederdruckdampfheizung; in der Regel sind die Heizkörper an den Fensterseiten angeordnet, Warmwasserbereitung ist in den neuesten Schulgebäuden vorgesehen für Zwecke der im Anschluß an die Turnhallen angeordneten Brausebad- und Fußwaschanlagen, für Scheuerzwecke und für die an fließendes Wasser angeschlossenen Waschbecken. Die Abortanlagen sind in allen Geschossen auskömmlich angeordnet, vom Flur durch einen Vorraum mit Waschgelegenheit getrennt, ebenso Trinkbrunnenanlagen, meistens in Form der Sprinkleranlagen. Die Frage der Belüftung wird mehr und mehr dahin entschieden, daß die frühere Art der Zuführung vorgewärmter Frischluft und Abführung verbrauchter Luft durch natürlichen Auftrieb in Wandkanälen bis zum Dachboden, der seinerseits durch Dachreiter entlüftet wird, zugunsten einfacher Fensterlüftung verlassen wird. Was die allgemeine Raumanordnung anlangt, so wäre noch auf die Anordnung der Turnhallen und neuerdings der Gymnastikräume hinzuweisen; für die Turnhallen werden Bühneneinrichtungen gefordert, so daß die Turnhalle die Aula bei den höheren Schulen ersetzen kann.

Für Physik und Chemie und Biologie sind entsprechende Räume anzuordnen; nicht zu vergessen sind die Räume für Zeichenunterricht, Gesang, Werkunterricht und Lehrküchen. Elektrische Beleuchtungsanlage ist für volle Abendbeleuchtung in etwa sechs Klassen, den Räumen für Physik, Chemie, den Werkklassen und Lehrerzimmern vorhanden. Die übrigen Räume sind nur mit je einer Brennstelle für Beleuchtung zu Reinigungszwecken ausgerüstet.

Die nachstehenden Abbildungen zeigen drei nach dem Kriege nach den Plänen des Oberbaudirektors *Schumacher* fertiggestellte Schulgebäude, die Volksschule an der Ahrensburger Straße, die Lichtwarkschule in Winterhude, ein modernes Gymnasium, und die im November 1927 dem Betrieb übergebene Berufsschule an der Angerstraße.

Die *Volksschule an der Ahrensburger Straße* ist am Schnittpunkt dieser Straße mit der Straße Dehn-

haide so angeordnet, daß eine platzartige Erweiterung entsteht, was dadurch erreicht wurde, daß der Schulhof nach vorne gelegt wurde und die rechtwinklig zu den beiden Straßen stehenden Eckkörper durch eine Kurve verbunden wurden. Die ganze Front des viergeschossigen Gebäudes wird im allgemeinen von den 30 Schulklassen eingenommen, in den Erkern liegen die Lehrerzimmer und Sammlungsräume. Südwärts zwischen den Abortanlagen ist im dritten Obergeschoß die Gruppe der Physikräume untergebracht, darüber der nach Norden gelegene Zeichensaal. Im ausgebauten Dach des dritten Obergeschosses sind die Räume für den Werkunterricht und ein Singsaal vorgesehen. Der ganze Bau ist in braunroten Klinkern ausgeführt.

Die *Lichtwarkschule in Winterhude*, in der Bauausführung durch die Inflationszeit stark behindert, ist in ausgezeichneter landschaftlicher Lage unmittelbar am Stadtpark in Winterhude erbaut. Das ansehnliche Gebäude hebt sich mit seiner langgestreckten, in schlichten Formen gehaltenen Fassade aus naturroten westfälischen Verblendklinkern, mit dem in grauen westfälischen Pfannen gedeckten Dach und dem freundlichen Weiß seiner Fensterreihen reizvoll gegen das dunkle Grün des umgrenzenden Stadtparkwaldes ab. Im Innern des Gebäudes herrscht eine lichte Farbengebung. Am linken Flügel liegt die durch zwei Geschosse reichende Turnhalle, deren Fußboden mit dem Schulhof in gleicher Höhe liegt. Im 1. Obergeschoß befindet sich über der Turnhalle die ebenfalls durch zwei Stockwerke reichende Aula, die nebst einem angegliederten Singsaal und einer ins zweite Geschoß hineinragenden Empore 618 Sitzplätze enthält. Neben Bibliothek, Lehrerzimmern, Physik- und Chemieräumen, Zeichensaal sind 16 Klassenräume vorhanden. Letztere sind, abweichend von dem bisherigen System festeingebauter Schulbänke, mit einzelnen Tischen und losen Stühlen ausgestattet. Auch festeingebaute Lehrerpulte fehlen, und die Wandtafeln sind in reichlicher Bemessung an den Wänden angebracht. Arbeitsräume für praktischen Werkunterricht sind im dritten Obergeschoß vorhanden; im Mittelteil des Gebäudes liegt eine ausgedehnte Plattform, die bei der ausgezeichneten Höhenlage einen Rundblick über die nähere und weitere Umgebung gewährt.

Die *Berufsschule an der Angerstraße* ist ein weiterer Schritt zu einer zeitgemäßen Einrichtung des Berufsschulwesens in Hamburg und ist gebaut zur Aufnahme der Fachschule für die Nahrungsmittelgewerbe, die im Erdgeschoß mit sieben Klassen und Nebenräumen untergebracht sind, während ihre Arbeitsräume im Untergeschoß liegen, und für die Fachschule der Putzmacherinnen mit sieben Klassen und endlich für die Fachschule für Schneiderinnen mit zwölf Klassen und Nebenräumen. Der Bau ist so eingerichtet, daß er bei einer Umgruppierung des Schulbetriebes auch andere Fachschulen leicht aufzunehmen vermag; er ist deshalb auf der Grundlage einer Klasseneinheit von 9 m : 6 m magazinartig entworfen. Die Rationalisierung des Programms drückt sich in der Außenerscheinung des in rotbraunen Klinkern errichteten Bauwerks deutlich aus, in der ein Fenstermotiv die ganzen Seiten in allen Stockwerken beherrscht, nur die Treppenhäuser durchbrechen dieses Motiv.

Neben den Schulgebäuden lassen auch weitere öffentliche Gebäude erkennen, wie weit die Fortschritte der Hygiene sich praktisch ausgewirkt haben. Die nachstehend gebrachten Bilddarstellungen des Dienstgebäudes der Finanzdeputation, des Verwaltungsgebäudes an der Drehbahn und des Amtsgerichtsgebäudes in Bergedorf, sämtlich Schöpfungen des Oberbaudirektors *Schumacher*, mögen davon Zeugnis ablegen.

Das *Gebäude der Finanzdeputation* gehört in die Gruppe der großen Kontorhäuser, die ja in Hamburg besonders auffallend hervortreten; ein in wiederkehrenden Achsen entwickelter Organismus, der so eingerichtet ist, daß man ihn bald mit einer, bald mit zwei, bald mit mehr Achsen für die verschiedensten Bureaubedürfnisse gebrauchen kann. Um diese auf beiden Seiten der Gänge gelegenen Bureaufluchten gut beleuchten zu können, ist das Innere des Bauwerks als ein großer gerundeter Hof von 14 m : 48 m gestaltet, um den die Bureauräume, vom Lärm der Straße abgeschlossen, liegen. In seinem Erdgeschoß ist das Bauwerk zugleich ein Bankgebäude. Vier große Kassenhallen der Hauptstaatskasse nehmen den Hauptteil der völlig ausgenutzten Grundfläche dieses Stockwerkes ein. Zwischen ihnen liegt eine in farbiger Keramik ausgebildete große Wartehalle; in den übrigen Räumen in diesem Geschoß sind weitere Bureauräume der Hauptstaatskasse untergebracht. Auch ein durch drei Geschosse reichender Tresor ist vorhanden. Im ersten Obergeschoß sind die Geschäftsräume des Präsidiums und der Zentralverwaltung mit dem Sitzungssaal der Finanzdeputation gelegen, während sich die sämtlichen übrigen Abteilungen der Finanzdeputation in die oberen Geschosse teilen. Das Gebäude ist an das Fernheizwerk angeschlossen. Im Kellergeschoß sind geräumige Kantinenräume eingerichtet. Die vor den oberen Geschossen befindlichen Dachterrassen können in Arbeitspausen zur Erholung benutzt werden. Bezüglich der sanitären Anlagen sei erwähnt, daß Waschbecken für fließendes Wasser nur in den Zimmern der Oberbeamten angeordnet sind, für die

Mehrzahl der Beamten sind gemeinschaftliche Waschräume vorgesehen und Warmwasser nur für Reinigungszwecke. Elektrische Beleuchtung unter Verwendung von Beleuchtungskörpern modernsten Charakters ist in sämtlichen Räumen vorhanden. Das Haus hat 3100 qm bebaute Fläche, 1050 Fenster und 1030 Türen. Die Kunststeinplatten der Flure bedecken eine Fläche von 5000 qm, und an Linoleum sind 12 780 qm gebraucht. Das Äußere des Gebäudes ist ebenfalls in rotbraunen Klinkern mit sparsamer Verwendung von farbig emaillierter Keramik erbaut.

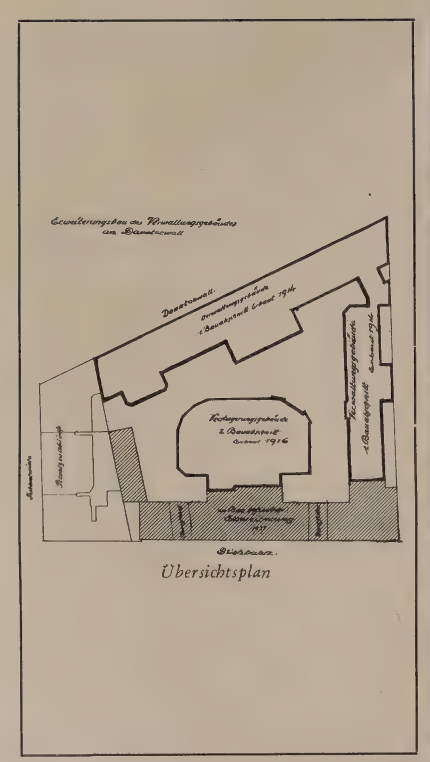
Das Verwaltungsgebäude an der Drehbahn oder das *Gebäude des Gerichtsvollzieheramts* ist der ergänzende Flügel an der Drehbahn des 1916 vollendeten Verwaltungsgebäudes am Dammtorwall. In dem zwischen diesen Baukörpern liegenden Hof war schon beim ersten Bauabschnitt das Lager und Versteigerungsgebäude des Gerichtsvollzieheramts erbaut, an das abschließend der Verwaltungsflügel an der Drehbahn errichtet ist. Bei einer Straßenlänge von etwa 70 m ist es außer dem Keller in fünf Geschossen und einem voll ausgebauten zurückspringenden Dachgeschoß entwickelt. Der Grundriß legt die Bureaus an die Straßenseite, in der Mitte liegt das Treppenhaus. Der Flur schließt einseitig nach Osten an den Flur des Dammtorwallflügels an. Im Erdgeschoß führen zwei Einfahrten in den Hof. Die Fassade ist durch vier Risalte gegliedert, die mit leicht vorspringenden Klinkerbändern geschmückt sind.

Schließlich sei noch das *Amtsgerichtsgebäude* mit *Gefängnisbau in Bergedorf* erwähnt. Der Bau ist in seiner Massengestaltung so angeordnet, daß er die Anschlußflächen vorhandener Bebauung deckt. Der Bauplatz grenzt rückseitig an die Bille. Der Hauptbau ist als ein großes, nach dem Wasser hin geöffnetes Hufeisen in drei Geschossen errichtet, in das Hufeisen ist der um ein Geschoß niedrigere Gefängnisbau hineingelegt. Dieser Gefängnisbau zeigt in der Mitte einen bis zum Wasser vorspringenden Flügel, und dadurch ergeben sich auf beiden Seiten des Flügels Höfe für die Gefangenen, die durch halbrunde Mauern gegen das Wasser abgeschlossen sind.

Im Erdgeschoß des Straßenflügels liegen Grundbuchamt und Gerichtsvollzieheramt und am Kopfe der beiden Flügel je eine Beamtenwohnung mit vier Zimmern und Zubehör. Im ersten Obergeschoß liegen die Abteilungen für Strafrechtspflege mit großem und kleinem Sitzungssaal, Testaments- und Nachlaßabteilung, während im zweiten Obergeschoß die Abteilung für Zivilsachen untergebracht ist.

Ganz vom Gerichtsbetriebe gesondert entwickelt sich der Gefängnisbau mit Zellen für 20 Männer und 10 Frauen. Die Zellen haben starke eiserne Fenster mit kleiner Scheibenteilung, so daß eine besondere Vergitterung nicht erforderlich ist; sie sind hellfarben im Anstrich gehalten, enthalten aufklappbare Matratze, Tisch, Stuhl, Handstein und Abort. Krankenabteilungen, Bäder, Desinfektions- und Waschräume sind vorhanden. Das Äußere des Bauwerks ist in Klinkern ausgeführt. Die freistehenden Pfeiler des Eingangs sind mit geklinkerten Platten verblendet. Sämtliche Geschäftsräume und Flure sind mit Linoleum belegt, auch die Treppenstufen. Richter- und Anwaltszimmer und ein Teil der Bureauräume sind mit Waschbecken und fließendem Wasser versehen. Für die übrigen Bureauräume und das Publikum sind in den Abortvorräumen in jedem Geschoß Waschgelegenheiten angeordnet; auf gute Durchlüftbarkeit aller Räume ist besonderes Gewicht gelegt.

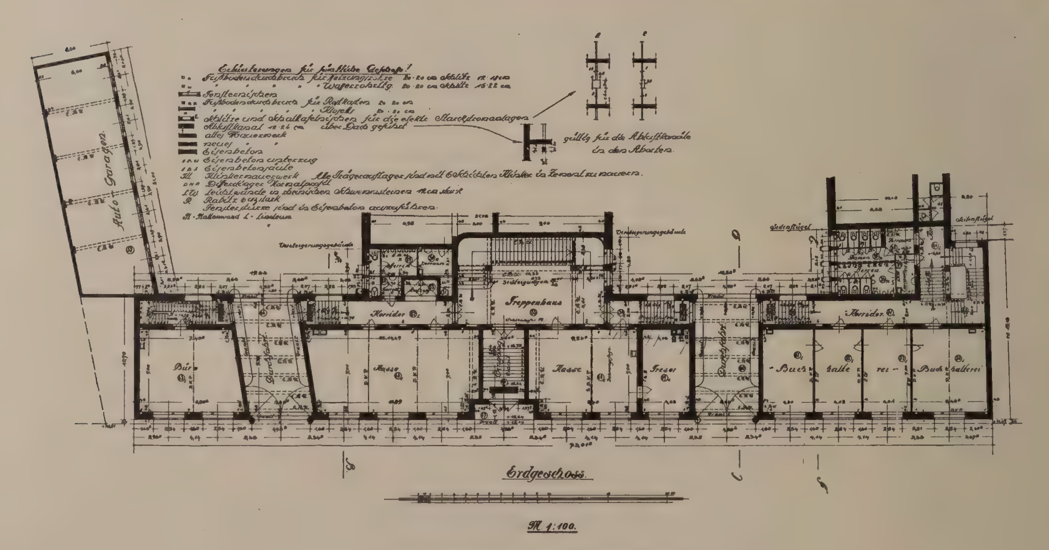
Abschließend sei bemerkt, daß die bauliche Entwicklung sowohl Schulbauten wie Verwaltungsgebäuden, man kann wohl sagen, allen Gattungen von Gebäuden, infolge Hervorkehrung der Grundsätze reiner Sachlichkeit eine besondere Note gegeben hat, die als im Wesen der heutigen Zeiteinstellung gegeben anzusehen und nicht zuletzt aus den Lehren der Hygiene hervorgegangen ist.



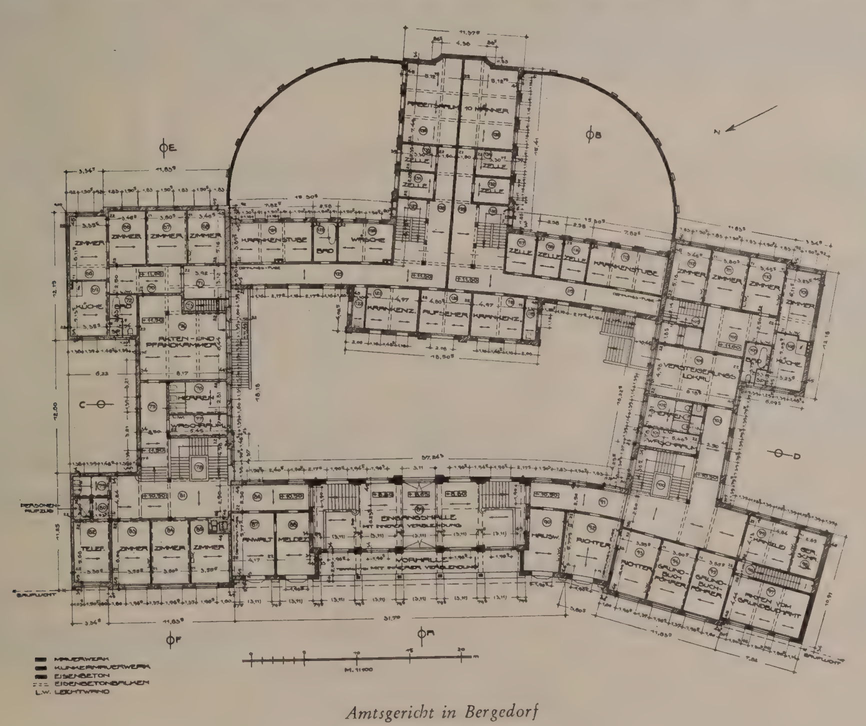
Übersichtsplan



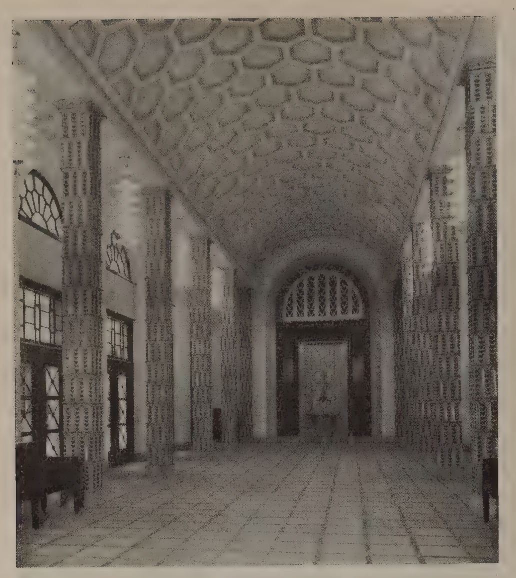
Teil der Straßenansicht



Verwaltungsgebäude am Dammtorwall



Amtsgericht in Bergedorf

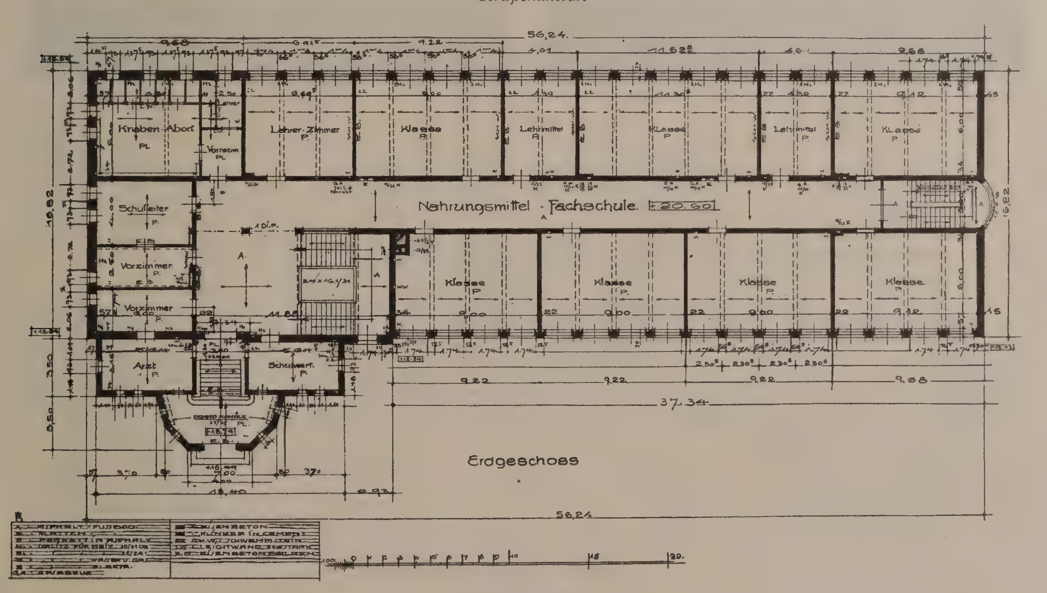


Vorhalle

Straßenansicht

Dienstgebäude der Finanzdeputation

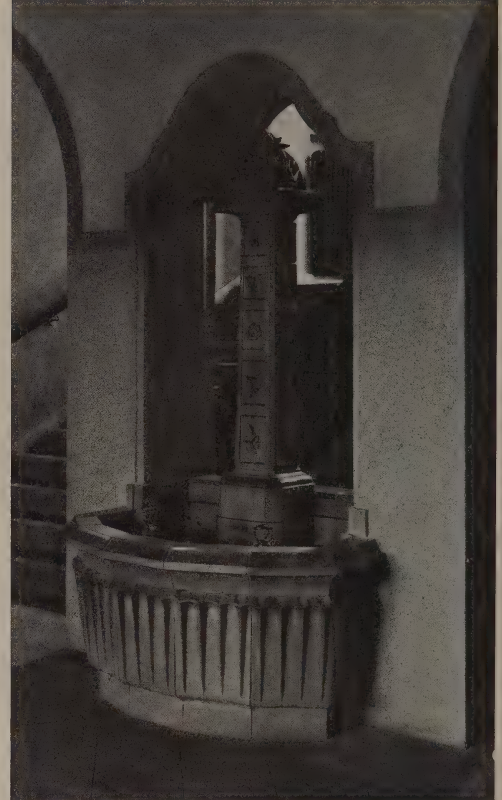
Straßenansicht



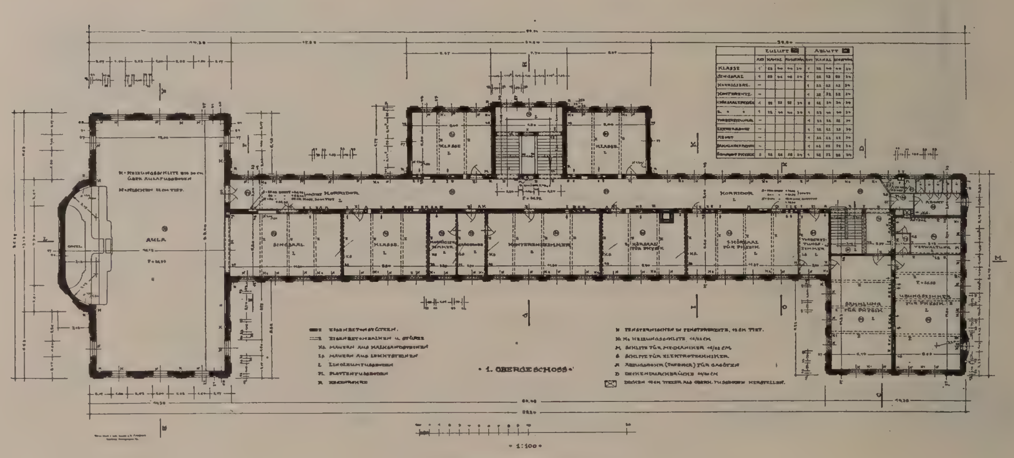
Berufsschule Angerstraße



Klassenzimmer

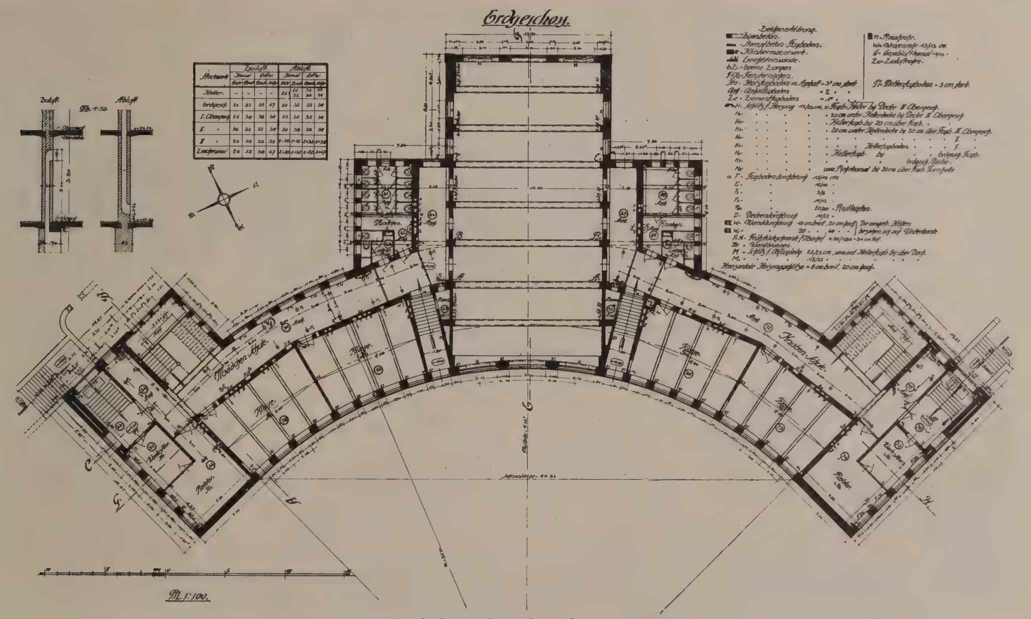


Brunnen im Flur

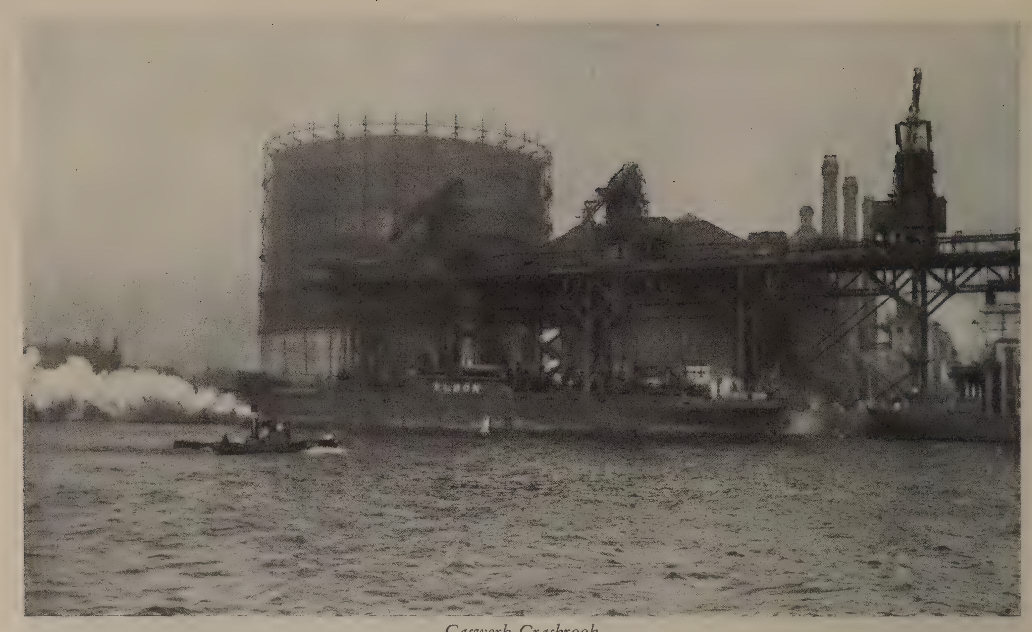


Lichtwarkschule

Straßenansicht



. Volksschule an der Ahrensburger Straße



Gaswerk Grasbrook

HAMBURGS GASVERSORGUNG UND MODERNE EINRICHTUNGEN DER GASVERWENDUNG

VON MAX SCHAU, PROKURIST DER HAMBURGER GASWERKE G. M. B. H.

DIE große Rolle, die der Sonnenschein für die Verhütung zahlreicher Krankheiten spielt, ist heute unbestritten. Im engsten Zusammenhange damit steht die Bekämpfung der Rauch- und Rußplage in den Großstädten. Gibt es doch Industriestädte, in denen der Rauch der Schornsteine über 50 v. H. der Sonnenstrahlen absorbiert. Untersuchungen, die in den Vereinigten Staaten hierüber gemacht wurden, zeigten, daß in Landstädten in geringer Entfernung von Neuyork, deren Luft relativ raucharm war, die Wirkung der Sonnenstrahlen um $^1/_3$ größer war als in der rauchgeschwängerten Luft der nur wenige Kilometer davon entfernten Großstadt. Dabei wurde festgestellt, daß der Hauptverlust die ultravioletten Strahlen betraf, die ja die größte vorbeugende und heilende Wirkung haben.

Die Rauchentwicklung der Feuerstätten in den menschlichen Siedlungen schädigt jedoch nicht nur auf diesem indirekten Wege die menschliche Gesundheit. In erheblichem Maße geschieht das auch direkt durch die sichtbaren und unsichtbaren Staubteile, die der Rauch in der Atemluft verbreitet. Die sichtbaren Staubteile sind Stäubchen unverbrannter Kohle, die unsichtbaren Staubteilchen bestehen aus Asche und kleinen Quarzteilchen, die der Rauch außer schwefliger Säure und andern gesundheitsschädlichen Verbrennungsprodukten mit sich führt. Sie reizen die Schleimhäute der Nase und der Luftwege und verursachen in ihnen Absonderungen, die den Zweck haben, diese Fremdkörper zu beseitigen. Auf diese Weise werden in den Luftwegen Vorbedingungen geschaffen, die eine ungeheure Vermehrung gefährlicher Mikroorganismen begünstigen. Mögen diese Mikroorganismen in manchen Fällen auch nur einen harmlosen Schnupfen oder eine Bronchitis verursachen, so sind sie häufig doch auch Ursache anderer gefährlicher Krankheiten. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß in Gegenden mit großer Rauchplage Erkältungskrankheiten in größerem Maße auftreten als in rauchfreien Gegenden.

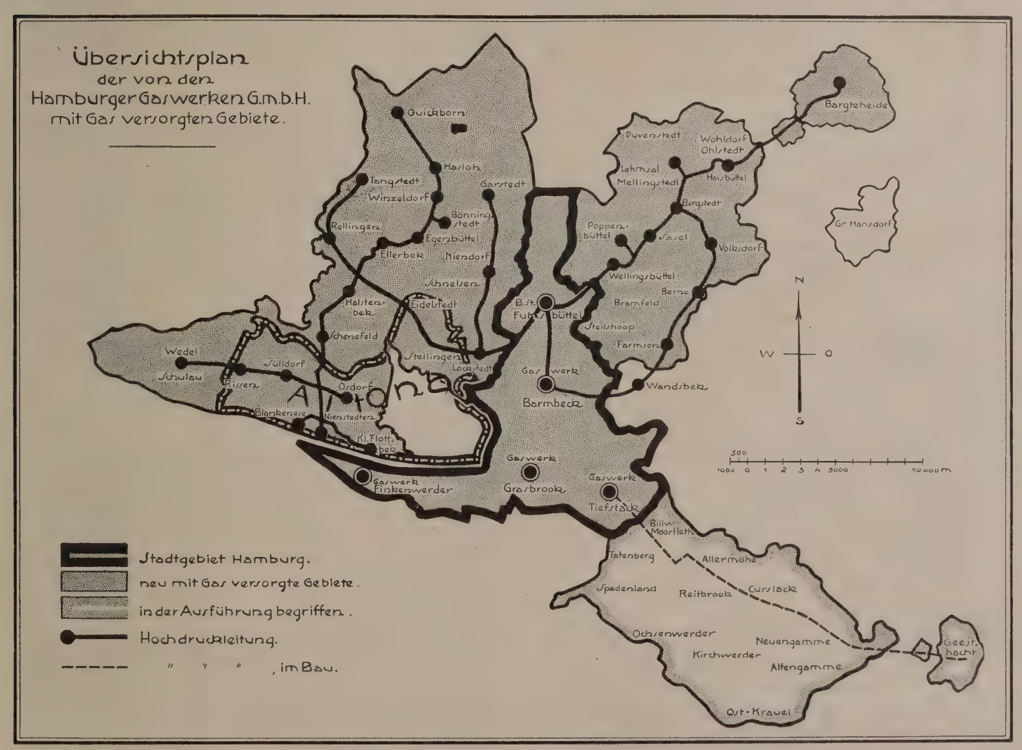
In ländlichen Bezirken ergaben die Untersuchungen der Luft, daß sich in einem Kubikzentimeter Atemluft etwa 120 Staubteilchen befanden gegenüber rund 6900 Staubteilchen je Kubikzentimeter im Winter für den Durchschnitt der Großstädte.

Aus diesen Tatsachen ergibt sich, daß das Rauch- und Rußproblem, vom Standpunkte der Volksgesundheitspflege aus gesehen, keinesfalls leicht zu nehmen ist und daß alle Maßnahmen zu begrüßen sind, durch die eine Verminderung der Schädigungen herbeigeführt wird, die das Verbrennen fester Brennstoffe der Volksgesundheit zufügt.

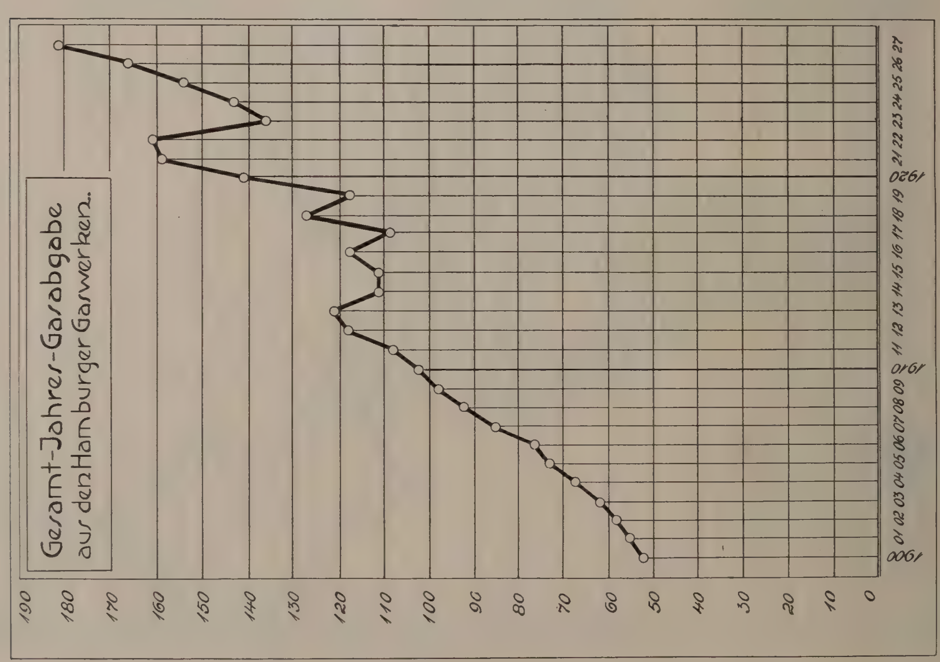
Hierzu vermag in erster Linie die steigende Benutzung des Leuchtgases für Koch- und Heizzwecke beizutragen, die außerdem den großen volkswirtschaftlichen Vorteil hat, daß wichtige Bestandteile der Kohle nicht ungenutzt und gesundheitsschädigend in die Luft gehen, sondern zur Herstellung chemischer und pharmazeutischer Produkte verwandt werden können. Erst wenn die ausschließliche Verwendung von Leuchtgas als Heizmittel Wirklichkeit geworden ist, wird eine durchgreifende Besserung der Rauch- und Rußplage und der Luftvergiftung durch Kohlenoxyd, Schwefeldyoxyd und andere schädliche Verbrennungsprodukte eintreten. Auch hier gilt der Satz, daß Vorbeugen besser ist als Heilen.

Wie liegen nun in dieser Hinsicht die Verhältnisse in Hamburg? Gegenüber einem Durchschnittssatz von 53 cbm jährlichem Gasverbrauch je Kopf der Bevölkerung in Deutschland entfallen auf den Kopf der Hamburger Bevölkerung jährlich 168 cbm verbrauchtes Gas. Dies gibt also ein recht günstiges Bild für Hamburg. — Im Geschäftsjahr 1927 der Hamburger Gaswerke G. m. b. H. waren in Hamburg in 300 522 Wohnungen und 40 528 zu gewerblichen Zwecken bestimmten Räumlichkeiten 290 738 Gasmesser aufgestellt. Sie haben in dem erwähnten Zeitraum rund 145 862 000 cbm verbrauchtes Gas gemessen, von dem nur ein verhältnismäßig geringer Teil für Beleuchtungszwecke benutzt wurde. Der weitaus größte Teil dieser Gasmenge diente der Erzeugung von Wärme für Koch-, Heiz- oder gewerbliche Zwecke. Was bedeutet diese Tatsache?

Bei der Gasfeuerung wird das Gas mit etwa 67 v. H. ausgenutzt, während der Wirkungsgrad der



Anzahl der in Hamburg in Betrieb befindlichen Gasmesser.



Kleinfeuerstätten mit Kohlenbenutzung rund 15 v. H. ist. 1 cbm Gas hat etwa 4300 Wärmeeinheiten, 1 kg Kohle hat deren etwa 7000. Die durch die Gasverwendung gegenüber der direkten Verfeuerung von Kohle ersparte Kohle errechnet sich mithin auf

$$\frac{136\,139\,000 \cdot 4300 \cdot 0{,}67}{7000 \cdot 0{,}15} = \text{rund } 373\,700 \text{ to Kohle.}$$

Diese Kohlenmenge wird nicht unter gesundheitsschädigender Rauch-, Ruß- und Verbrennungsgasentwicklung in zahlreichen Feuerstätten unrationell verbrannt, sondern in den drei großen Gaswerken Hamburgs: Grasbrook, Barmbeck, Tiefstack, vergast. Auch das Gas muß aus der Kohle mit Hilfe fester Brennstoffe herausdestilliert werden; aber dies geschieht durch Koks, der nur in geringem Maße Rauch usw. erzeugt.

Auch der Koks, das wichtigste Nebenprodukt der Gaserzeugung, trägt zur Verminderung der Rauch- und Rußentwicklung in der Stadt bei. Die Verbrennung von Koks in den Feuerungsstätten geschieht unter wesentlich geringerer Rauchentwicklung als die Verbrennung von Kohle. Durch vergleichende Versuche über die Verbrennung von Kohle oder Koks in zehn Zimmeröfen verschiedenster Konstruktionen wurde festgestellt, daß bei Kohlenheizungen die Rauch- und Rußentwicklung 15mal so groß war wie bei der Koksheizung. 174 400 to Koks wurden im Geschäftsjahre 1927 von den Hamburger Gaswerken in den Handel gebracht, von denen 103 000 to in den hamburgischen Staatsanstalten verfeuert wurden. Auch die staatlichen Krankenhäuser, die früher in großen Mengen Kohlen verfeuerten, beheizen ihre Kesselanlagen mit Rücksicht auf die geringe Rauchentwicklung jetzt fast ausschließlich mit Koks.

Die Hamburger Gaswerke, die bis zum 1. April 1924 der Deputation für das Beleuchtungswesen unterstanden, wurden an diesem Tage in eine G. m. b. H. umgewandelt, deren alleiniger Inhaber der Hamburger Staat ist. In ihren drei großen Werken — abgesehen von dem auf der Elbinsel Finkenwärder im Jahre 1927 errichteten kleinen Gaswerk — können die Hamburger Gaswerke täglich folgende Höchstmengen von Gas erzeugen:

Gaswerk Grasbrook	350 000 cbm,
Gaswerk Barmbeck	230 000 cbm,
Gaswerk Tiefstack	320 000 cbm.

Aus der im Bilde wiedergegebenen Kurve der Gesamtjahresabgabe läßt sich ebenso wie aus der Kurve über die Anzahl der im Betriebe befindlichen Gasmesser erkennen, in welchem Maße sich in den letzten Jahrzehnten der Gasverbrauch Hamburgs gesteigert hat. Die gleichmäßig ansteigende Kurve erleidet nur eine Unterbrechung während der Kriegsjahre und der darauf folgenden Krisenzeit infolge der außerordentlichen Kohleknappheit in diesen Jahren.

Während die Verwendung des Gases für Beleuchtungszwecke in den Haushalten und in gewerblichen Betrieben infolge des Vordringens der elektrischen Beleuchtung immer mehr abnimmt, erobert sich das Gas im Haushalt und im Gewerbe ständig neue Verwendungsgebiete zur Erzeugung von Wärme. Für das Kochen und Heizen im Haushalt ist Gas wegen seiner Billigkeit, Sauberkeit und bequemen Handhabung an sich die ideale Wärmequelle. Die Gasheizöfen erfüllen die im Interesse der Gesundheitspflege aufzustellende Forderung der Entlüftung der Wohnräume durch die Heizanlagen ebenso wie die Heizanlagen für feste Brennstoffe, da die Abgase der Gasheizöfen ebenfalls durch Schornsteine ins Freie geleitet werden und hierdurch gleichzeitig eine Entlüftung der gasbeheizten Räume bewirkt wird. Auch für die Warmwasserbereitung, besonders für Badezwecke, steigt der Gasverbrauch immer mehr. Die Bequemlichkeit, sich schnell und billig ein warmes Bad herstellen zu können, fördert die Häufigkeit des Badens in den Haushalten ungemein; ein Umstand, der für Hygiene und Gesundheitspflege eine gewiß nicht zu unterschätzende Bedeutung hat.

Infolge der angeführten Vorteile ist auch die Zunahme des Gasverbrauchs in Großgasküchen für Krankenhäuser, Restaurants, Hotels usw., in Schlachtereien, Bäckereien, Konditoreien und in andern gewerblichen Betrieben recht erheblich.

Bis zum Jahre 1921 beschränkte sich die Gasabgabe auf das hamburgische Stadtgebiet. Nach dem Anschluß von zwei benachbarten preußischen Gemeinden setzte die Gasfernversorgung in größerem Maße ein, als der staatliche hamburgische Gaswerksbetrieb in die Form einer G. m. b. H. umgewandelt war. Der jetzige Umfang des Gasversorgungsgebietes ist aus dem beigefügten Übersichtsplan ersichtlich. Durch die Gasversorgung des die Großstadt umgebenden Landgebietes wird das für die Volksgesundheit wertvolle Bestreben der Ansiedlung eines Teiles der in der Stadt tätigen Bevölkerung auf dem Lande wesentlich gefördert; aber auch in den rein ländlichen Haushaltungen hat das Gas gute Verbreitung gefunden.

Durch ihre Ferngasleitungen lösen die Hamburger Gaswerke von sich aus für ihre nähere Umgebung die Frage der Gasfernversorgung, die jetzt mit Rücksicht auf die Fernversorgungspläne vom Ruhrkohlengebiet aus die Öffentlichkeit so stark beschäftigt. Für die Hamburger Gaswerke kann der Bezug von Zechengas aus dem Ruhrgebiet infolge ihrer günstigen geographischen Lage kaum in Frage kommen.

Diätküche im Eppendorfer Krankenhaus

Diätküche im Eppendorfer Krankenhaus

Die großen Werke Grasbrook und Tiefstack erzeugen das Gas unter Verwendung der allerneuesten Errungenschaften der Gaserzeugungstechnik. Alle Werke liegen außerordentlich günstig an der Elbe oder an einem ihrer Nebenarme (vgl. das Bild von Grasbrook), so daß die benötigten Kohlenmengen und alle sonstigen Materialien zu der niedrigen Wasserfracht herangebracht und die Nebenprodukte zu den gleichen günstigen Bedingungen abtransportiert werden können.

Hierzu kommt, daß die Kohlen bei dem starken Wettbewerb zwischen der deutschen und der englischen Kohle im Küstengebiet der Nordsee zu besonders günstigen Bedingungen eingekauft und mit ganz geringen Spesen aus den Seedampfern oder Leichtern direkt auf die Öfen der Gaswerke gebracht werden können. Angesichts der hohen Transportspesen kann das Zechengas kaum zum gleichen Preise frei Gasbehälter für die Hamburger Werke geliefert werden, wie diese es dank ihrer günstigen Produktionsverhältnisse selbst erzeugen können. Für die gesamte Hamburger Wirtschaft würde durch eine Gasfernversorgung von der Ruhr aus auch aus dem Grunde ein erheblicher Nachteil erwachsen, weil die großen Mengen Kammerofenkoks, die bei der Gaserzeugung anfallen, vom Hamburger Markt verschwinden würden. Diese Koksmengen würden dann durch Hüttenkoks ersetzt werden müssen, und zwar würde die hamburgische Wirtschaft diesen zu höheren Preisen einkaufen müssen, da die Preisregulierung durch eine gesunde Konkurrenz wegfallen würde.

Ähnliche Verhältnisse würden auch für andere wichtige Nebenerzeugnisse der Gasherstellung eintreten. Wurden doch im Geschäftsjahr 1927 in den drei Hamburger Werken folgende Mengen gewonnen: 29 658,1 to Koksgrus,
16 102,15 „ Teer,
69 492 „ Ammoniakwasser,
1 256 „ Cyanlauge,
2 909 „ Benzolvorerzeugnis.

Diese Nebenerzeugnisse liefern für wichtige Zweige der chemischen und pharmazeutischen Industrie die Grundstoffe. Sie werden — bis auf den Koksgrus — zur Zeit an weiterverarbeitende Industrien verkauft.

Werden die Gasverbrauchsanlagen unsachgemäß ausgeführt und behandelt, so birgt auch die Verwendung des Gases — wie die Verwendung jeder Naturkraft — gewisse Gefahren. Eine der wichtigsten Aufgaben der Hamburger Gaswerke besteht darin, diese Gefahren auf ein Mindestmaß zu beschränken, und sie haben zu diesem Zweck die entsprechenden Maßnahmen getroffen. Nur sachverständige Handwerker, in Hamburg Gasfitter genannt, die den Zulassungsschein der Hamburger Gaswerke besitzen, dürfen Arbeiten an Gasanlagen ausführen; der Zulassungsschein wird nur solchen Handwerkern ausgehändigt, deren Befähigung und Zuverlässigkeit eingehend geprüft ist. Die zugelassenen Gasfitter sind verpflichtet, alle Arbeiten an Gasanlagen bei den Gaswerken anzumelden, bevor sie in Betrieb genommen werden. Die Anlagen werden dann durch hierfür besonders ausgebildete Angestellte der Gaswerke geprüft, ob sie einwandfrei ausgeführt und dicht sind, und dürfen nur in Betrieb genommen werden, wenn diese Voraussetzungen vorliegen. Über die gefahrlose, zweckmäßige Verwendung des Gases unterrichten die Hamburger Gaswerke die Verbraucher durch Druckschriften, vor allem aber durch Vorträge und mündliche Beratung und Aufklärung in ihrer *Beratungsstelle für Gasverbraucher, Kurze Mühren 22.* Die Beratungsstelle läßt die verschiedenen Typen von Gasapparaten durch einen vereidigten Handelschemiker in einem besonders für solche Prüfungen eingerichteten Laboratorium untersuchen. Bei der Prüfung wird besonderer Wert auf die Feststellung gelegt, daß sich bei der Verbrennung des Gases in den Apparaten nicht Kohlenoxyd in unzulässigem Maße bildet. Nur solche Apparate werden zur Aufstellung zugelassen, die in dieser Beziehung völlig einwandfrei arbeiten.

Auch auf dem Gebiete der Gesundheitspflege für ihr Personal sorgen die Hamburger Gaswerke durch Schaffung mustergültiger Anlagen. In ihren Betriebsstätten befinden sich umfangreiche Wasch- und Badegelegenheiten, Sanitätsräume und ähnliche Anlagen. Die gesamten sanitären Einrichtungen stehen unter der Aufsicht des Vertrauensarztes der Hamburger Gaswerke. Ein Erholungsheim der Hamburger Gaswerke mit 41 Betten in Malente (Holsteinische Schweiz) bietet ihren Angestellten die Möglichkeit, während ihres Urlaubs zwischen Wald und Seen Ausspannung und Erholung zu finden.

HAMBURGISCHE ELECTRICITÄTS-WERKE AKTIENGESELLSCHAFT HAMBURG

DIE Elektrizitätsversorgung des hamburgischen Stadt- und Landgebietes ist der Aktiengesellschaft „Hamburgische Electricitäts-Werke" übertragen. Das Unternehmen ist auf gemischt-wirtschaftlicher Grundlage aufgebaut, der hamburgische Staat ist an der Gesellschaft maßgebend beteiligt.

Außer im hamburgischen Staatsgebiet liefern die Hamburgischen Electricitäts-Werke in erheblichem Umfange elektrische Arbeit an die angrenzenden preußischen Städte und Gemeinden.

Die Erzeugung des elektrischen Stromes wird vornehmlich in den Kraftwerken Tiefstack und Neuhof vorgenommen. Das Kraftwerk Tiefstack wurde im Jahre 1917 dem Betrieb übergeben und war im Jahre 1925 voll ausgebaut mit 5 Turboaggregaten von zusammen 85 000 Kilowatt Leistung entsprechend einer Turbinenleistung von 130 000 PS.

Der steigende Bedarf zwang bereits während des letzten Bauabschnittes des Kraftwerkes Tiefstack dazu, den Bau eines weiteren großen Kraftwerkes vorzubereiten. Als Standort wurde das Hafengebiet gewählt, und zwar die preußische Insel Neuhof. Das Werk ist im ersten Bauabschnitt vollendet. Aufgestellt sind ein Turbogenerator von 22 500 kW Leistung, ein Turbogenerator von 30 000 kW Leistung und ein Dieselmotor, der einen Generator von 10 500 kW antreibt. Die gesamte elektrische Leistung beträgt also zur Zeit 63 000 kW entsprechend einer Leistung der Antriebsmaschinen von 90 000 PS. Der Dieselmotor ist insofern bemerkenswert, als er zur Zeit der größte Dieselmotor der Welt ist. Für den weiteren Ausbau des Werkes sind bereits in Auftrag gegeben zwei Turbogeneratoren mit einer Leistung von je 36 000, zusammen also 72 000 kW. Nach seiner Vollendung wird das Kraftwerk eine Leistung von 250 000 kW abgeben können, was einer Leistung der Antriebsmaschinen von 360 000 PS entspricht.

Neben der Lieferung elektrischer Energie haben die hamburgischen Elektrizitätswerke auch die un-



Kraftwerk Tiefstack

mittelbare Lieferung von Wärme aufgenommen, die bei der Erzeugung der Elektrizität in erheblichem Umfange frei wird. Zwei im Stadtgebiet liegende ältere Kraftwerke werden als Fernheizwerke von einer zu diesem Zweck gegründeten Tochtergesellschaft der Hamburgischen Electricitäts-Werke, der „Fernheizwerk Hamburg G. m. b. H.“ betrieben.

Das mit Abdampf von 0,4 bis 1,5 atü gespeiste Fernheizungsnetz versorgt zur Zeit etwa 70 Gebäude der inneren Stadt, unter ihnen Rathaus, Börse, Stadthaus, Justizgebäude, Universität und Stadttheater, deren Anschlußwert sich auf rund 55 Millionen Wärmeeinheiten beläuft. Die Systemlänge der Fernheizungsanlagen beträgt etwa 14 km; sie sind zur Zeit die ausgedehntesten Deutschlands. Im letzten Betriebsjahr hat das Hamburger Fernheizwerk 75 Milliarden Wärmeeinheiten geliefert.

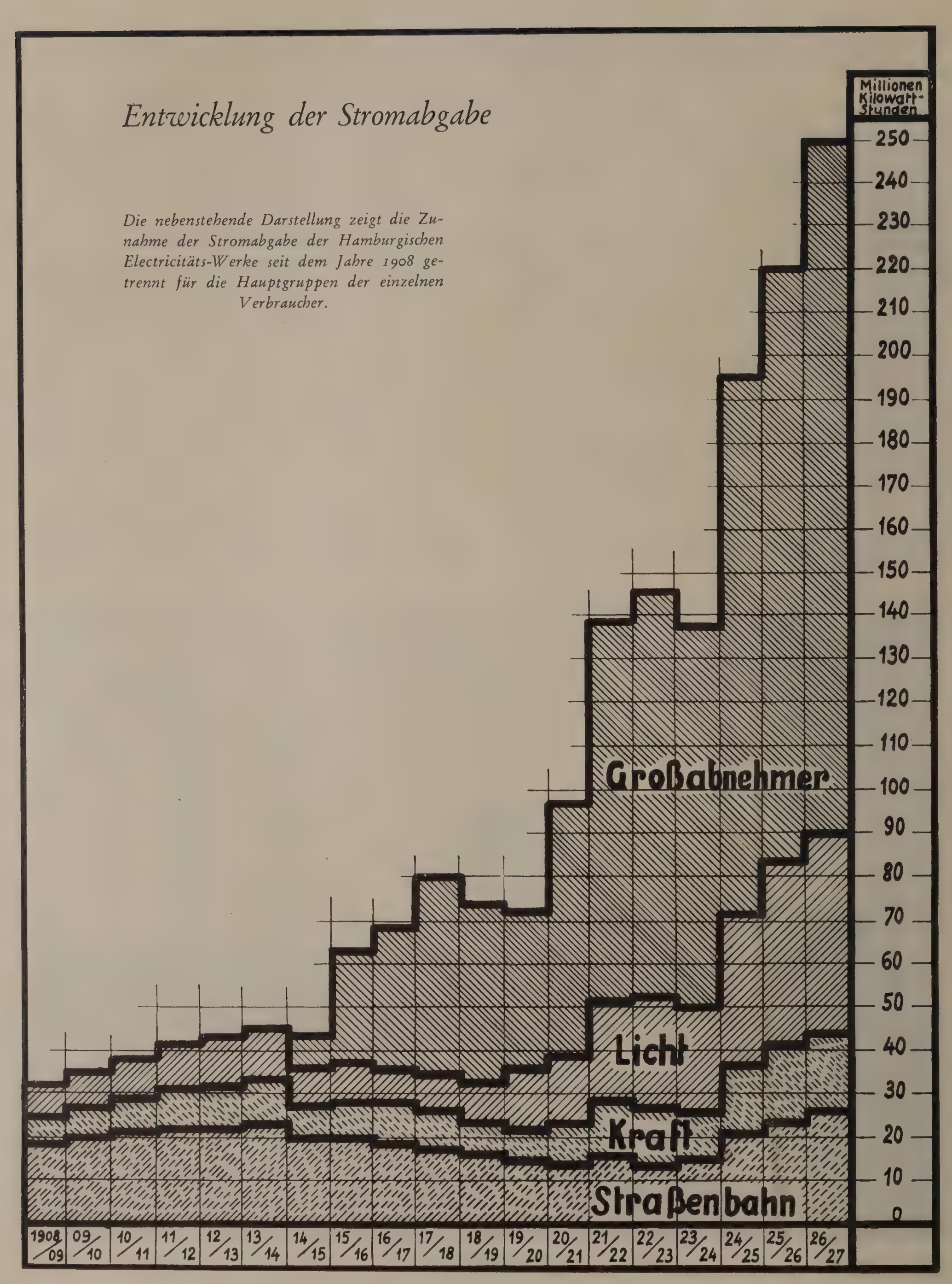
Als umfassende Energieform, die sich in Licht, Kraft und Wärme umsetzen läßt, hat sich die Elektrizität immer neue Anwendungsgebiete erobert. Hierzu trägt auch bei, daß die Fortleitung des Stromes sich verhältnismäßig einfach gestaltet und daß man Energie jeden beliebigen Umfanges mit großer Sicherheit zu beherrschen vermag. Der Bedarf an elektrischer Arbeit ist daher in ständigem Ansteigen begriffen.

Die Elektrizität hat sich als ideale Lichtspenderin überall eingeführt. Die Mängel, die allen andern mit offenen Verbrennungsprozessen arbeitenden Beleuchtungsarten anhaften, vermeidet das elektrische Licht vollständig. Die zum Teil unsauberen und unangenehm riechenden Brennstoffe, die Feuergefährlichkeit, die Verbrennungsrückstände, der Verbrauch der Raumluft, Schwierigkeiten bei der Inbetriebsetzung — alles das kommt in Fortfall. Insbesondere dort, wo es auf größte Hygiene ankommt, wie in Krankenstuben und Operationssälen, ist die elektrische Beleuchtung unentbehrlich. Das Licht des modernen richtig gebauten Beleuchtungskörpers nimmt auch auf das menschliche Auge die erforderliche Rücksicht. Die Elektrizität hat die gesamte Beleuchtungstechnik auf eine ganz neue Grundlage gestellt und ihr bisher nicht gekannte Möglichkeiten erschlossen.

Als Kraftquelle hat der elektrische Strom in Werkstätten und Betrieben aller Art sich gleichfalls schnell durchgesetzt. Seine besondere Stärke liegt darin, daß er den Einzelantrieb der Arbeitsmaschine



Kraftwerk Neuhof


Entwicklung der Stromabgabe
Die nebenstehende Darstellung zeigt die Zunahme der Stromabgabe der Hamburgischen Electricitäts-Werke seit dem Jahre 1908 getrennt für die Hauptgruppen der einzelnen Verbraucher.
Millionen Kilowatt-Stunden
250
240
230
220
210
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Großabnehmer
Licht
Kraft
Straßenbahn
1908/09
09/10
10/11
11/12
12/13
13/14
14/15
15/16
16/17
17/18
18/19
19/20
20/21
21/22
22/23
23/24
24/25
25/26
26/27

Elektrischer Backofen in der Bäckerei von Julius Busch

Elektrischer Herd im Hotel Reichshof

ermöglicht, der mit sonstigen Kraftmaschinen überhaupt nicht durchgeführt werden kann. Wie anders stellt sich ein moderner elektrischer Betrieb dar als ein Werkstattraum, in dem von einer Transmission unzählige Riemenstränge kreuz und quer zu den Maschinen laufen. Die Riemen wirbeln im Betriebe Staub auf, sie verdunkeln in vielen Fällen den Raum, sie bleiben stets ein Gefahrenherd, auch wenn sie vorschriftsmäßig geschützt sind. Alles dies ist in der mit Elektroantrieben versehenen Werkstatt vermieden. Die Industrie spart ferner alle mit der Beschaffung, Lagerung und Verfeuerung der Brennstoffe sowie mit der Entfernung der Rückstände verbundenen Kosten und Unannehmlichkeiten und schafft auch dadurch bessere Arbeitsverhältnisse für das Personal; zugleich wird die Verrußung der in der Nähe liegenden Wohngebiete hintangehalten. Die hierdurch hervorgerufene Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung muß hoch angeschlagen werden.

Dieselben Gründe fallen stark ins Gewicht bei der Erzeugung von Elektro-Wärme. Wie verlockend ist die Vorstellung von der völlig sauberen Bäckerei, in die Fremdstoffe überhaupt nicht mehr hineingelangen, oder von einer elektrischen Küche, in der es weder Kohlenstaub noch Asche gibt! In Hamburg gibt es bereits eine Reihe elektrischer Großbacköfen, unter ihnen den bisher größten Backofen in Europa mit einer Länge von etwa 30 m. Auch eine Reihe elektrischer Großküchen befindet sich im Betrieb.

Für Sonderzwecke ist die Elektrizität die einzig mögliche Heizkraft; sie findet daher bei Heizkissen, Heizteppichen, Fußbänken und Heißluftduschen im täglichen Gebrauch mannigfache Anwendung.

Auch dem weiten Gebiet der medizinischen Wissenschaft erschließt die Elektrizität fortwährend neue Wege. In Kliniken und Instituten wirkt sie in zahllosen Apparaten, die sie bewegt oder in denen sie Strahlen besonderer Art und Heilkraft erzeugt. In mancherlei Form durchflutet sie den menschlichen Körper und belebt den Umlauf des Blutes sowie die Zellentätigkeit. Sie gibt das Mittel, in die Tiefen des Organismus vorzudringen und an den sonst unzugänglichen Stellen Wirksamkeit zu entfalten, ja sie gewährt dem Auge mit Hilfe des Röntgenstrahles den Blick durch die Stoffe hindurch.

Die erheblichen Arbeitserleichterungen und Arbeitsverbesserungen, die mit Hilfe der Elektrizität auf allen Gebieten geschaffen werden können, veranlassen immer weitere Kreise, sich in ausgedehntem Maße die Dienste des elektrischen Stromes nutzbar zu machen.

Da auch fast alle Fortschritte mit der Verwendung der Elektrizität aufs engste verbunden sind, steht zu erwarten, daß die Anforderungen an die Elektrizitätsversorgung immer weiter wachsen werden. Allen Ansprüchen in dieser Beziehung zu genügen, gilt die Arbeit der Hamburgischen Electricitäts-Werke.

ÖFFENTLICHE ANLAGEN UND SPIELPLÄTZE

VON BAUDIREKTOR LINNE

Wie überall in Deutschland, so dienten die Grünanlagen Hamburgs in der Zeit bis 1914 in der Hauptsache der Repräsentation. Legt man die im Jahre 1889 von *Camillo Sitte* in seinem Buch „Der Städtebau" eingeführte Unterscheidung der städtischen Freiflächen in „sanitäres Grün" und „dekoratives Grün" zugrunde, so besaß Hamburg bis dahin als „sanitäres Grün" außer der Alster, wenn man diese Wasserfläche miteinbeziehen will, lediglich die von der Bebauung freigehaltenen Flächen des Heiligengeistfeldes und der Dammtorwiesen. Alles übrige, die reizvollen Wallanlagen, die dekorativen Umrahmungen des Alsterbeckens, die in den Wohngebieten der wohlhabenden Bevölkerung verhältnismäßig zahlreich eingestreuten landschaftlichen Parkanlagen, wie auch die große Zahl der Straßenbäume, durch die Hamburg sich vor allen andern Städten auszeichnet, besaßen nur als Luftverbesserer einen Daseinswert, ohne der Bevölkerung wirklich nutzbar zu sein. Einige Sport- und Spielplätze waren vorhanden, aber nicht in Grünanlagen eingebaut. Kleine Sandkisten von 4 bis 6 qm Spielfläche in den Grünanlagen konnten ihren sanitären Zweck nur unvollkommen erfüllen.

Inzwischen ist eine grundlegende Wandlung der Auffassung über die Verbindungen des Menschen mit der Natur eingetreten. Der Großstadtmensch ist sich seiner Körperlichkeit wieder bewußt geworden. Unter dem Einfluß der durch die Zunahme des Sportes jeder Art gekennzeichneten Änderung unserer Sitten und Gebräuche, unterstützt durch die sozialen Erkenntnisse der gesundheitlichen Mängel, die das Zusammendrängen der Menschenmassen in der Großstadt mit sich bringt, sind die öffentlichen Freiflächen nach dem Kriege zu einer Bedeutung gelangt, die — von einigen Städtebauern und Garten-

fachleuten bereits seit mehr als 20 Jahren propagiert — erst jetzt die allgemeine Anerkennung gefunden hat.

Ganz allgemein ist heute der Großstadtbewohner davon überzeugt, daß die Entwicklung des Menschen Schaden nehmen muß, wenn er dauernd unter unnatürlichen Lebensbedingungen, wie der Vogel im Käfig, zwischen Steinen und Asphalt in vielfach gesundheitlich unzureichenden Wohnungen, abgetrennt von Licht und Luft und Sonne, sein Leben verbringen muß. Ein tragisches Verhängnis wollte es, daß diese Erkenntnis erst dann Allgemeingut wurde, als die finanzielle Lage Hamburgs eine großzügige Verwirklichung moderner Grünflächenpolitik nicht mehr ermöglichte.

Hamburg hat, wohl als eine der letzten Großstädte in Deutschland, erst im Januar 1914 eine eigene Gartenverwaltung eingerichtet, die aber erst nach dem Kriege ihre eigentliche Tätigkeit beginnen konnte. Wenn es trotzdem gelungen ist, einen erheblichen Teil der hamburgischen Grünanlagen nach dem Kriege zu nutzbaren Freiflächen umzugestalten, neue nutzbare Grünanlagen zu schaffen, so war das trotz der Umstellung der öffentlichen Meinung nur möglich, weil die große Erwerbslosigkeit die Schaffung von Arbeitsgelegenheit notwendig machte. So stehen die neuen Grünanlagen Hamburgs als eine Erinnerung an die hoffentlich endgültig überwundene Zeit da, in der ein großer Prozentsatz der Bevölkerung, der arbeiten wollte, hierzu keine Gelegenheit finden konnte. In schwerer Zeit sind Hamburgs Spielplätze von Männern ohne Arbeit geschaffen worden. Sie sollen dazu dienen, daß die Kinder dieser Menschen zu einem gesunden, arbeitsfreudigen Geschlecht heranwachsen.

Bei der Ausgestaltung der Hamburger Grünanlagen sind bewußt neue Wege eingeschlagen worden. Jede irgend geeignete Fläche wurde nutzbar gemacht und der Bevölkerung freigegeben. Dem wachsenden Sportbedürfnis wurde durch Schaffung zahlreicher Fußball-, Hockey-, Tennisplätze Rechnung getragen. Die großen Freiflächen des Stadtparks, des Hammer Parks, die mittelgroßen Anlagen Eppendorfer Park, Wehbers Park, Innocentia-Park und viele andere wurden der gartenlosen Großstadtbevölkerung als Ersatzgärten für ihre Erholung und für die schwieriger gewordene Ausflugsmöglichkeit in die Umgegend in weitestem Umfange zur Verfügung gestellt.

Die Grünanlagen Hamburgs unterscheiden sich jedoch von jenen anderer Orte dadurch, daß hier zur Ermöglichung stärkster Ausnutzung eine Aufteilung nach den verschiedenen Benutzungszwecken durchgeführt wurde. Für Kinder bis zu fünf Jahren sind Kleinkinderstuben eingerichtet mit großen Sandkästen, die mit Sand bis zu 1 m Tiefe gefüllt sind. Wo es möglich war, sind in den Kleinkinderstuben Nischen mit Sitzgelegenheiten für die Kleinen angeordnet (Abb. 1). Stillstuben für die Mütter ermöglichen das Nähren der Kleinsten im abgeschlossenen Raum. Der etwas größeren Generation sind die zahlreichen Planschbecken gewidmet, die bei den Kindern der Wasserkante sich besonderer Beliebtheit erfreuen. Während anfangs die Planschbecken in etwas primitiver Form in die vorhandenen Gartenanlagen eingebaut wurden, wie im Eppendorfer Park (Abb. 2), wurde später der Grund der Planschbecken mit Kacheln ausgelegt und technische Vorrichtungen zur täglichen Erneuerung des Wassers geschaffen. Die Inanspruchnahme der Planschbecken war, wie das Bild 3 zeigt, so stark, daß sonst gesundheitliche Gefahren zu befürchten waren. Über die Planschbecken selbst bestehen bekanntlich in der



Abb. 1. Kinderstube Hammer Park



Abb. 2. Eppendorfer Park, Planschbecken

Ärztewelt geteilte Meinungen. Während auf der einen Seite die längere Abkühlung der unteren Gliedmaßen durch das Waten im Wasser als gesundheitlich unzuträglich bezeichnet wird, haben andere Ärzte den Standpunkt vertreten, daß das Waten der Kinder ebensowenig wie im Seebade besondere Neigungen zu Erkältungskrankheiten zur Folge hätte, die Planschbecken vielmehr eine vorzügliche Abhärtung für die Kinder darstellen. Aus der praktischen Erfahrung kann nur gesagt werden, daß bisher Klagen aus der Bevölkerung über die Benutzung der Planschbecken nicht laut geworden sind. Zweifellos liegt der gesundheitliche Hauptwert der Planschbecken darin, daß die Kinder unbekleidet der Luft und Sonne ausgesetzt werden, wozu die Eltern erst durch das Vorhandensein der Bademöglichkeit veranlaßt werden. Neuerdings ist der Versuch gemacht worden, ein Planschbecken für Erwachsene und Kinder in einem dichtbevölkerten Arbeiterstadtteil einzurichten. Es wurde stark besucht, so daß es zeitweise wegen Überfüllung gesperrt werden mußte. Erfreulicherweise kann gesagt werden, daß sich Unzuträglichkeiten irgendwelcher Art nicht herausgestellt haben.

Während so für die kleineren Kinder in Kleinkinderspielplätzen und Planschbecken ein geruhsames Spiel durch Fernhalten der größeren Kinder ermöglicht wurde, ist für diese durch zahlreiche Spielplätze gesorgt, die für Bewegungsspiele freigegeben sind. Hier wird mehr und mehr darauf hingewirkt, die Einrichtung der Spielplätze der Eigenart und dem psychologischen Spielbedürfnis der Kinder anzupassen. Alle Kinderspielplätze sind mit einer äußeren Einfriedigung umgeben und werden bei Dunkelwerden abgeschlossen. Einmal, um den Hunden den Zutritt zu verwehren, dann aber auch, um unerwünschte Elemente fernzuhalten. Da aber die hinter der Einfriedigung für die Abgrenzung des Verkehrs und des Staubes der Großstadt notwendige grüne Bepflanzung von den Kindern nicht so geschont wird und bei den geringen zur Verfügung stehenden Mitteln alles getan werden muß, um die Unterhaltungskosten möglichst herabzudrücken, ist man neuerdings dazu übergegangen, wie aus Bild 4, Spielplatz Eimsbütteler Straße, zu ersehen ist, rings um den Spielplatz eine als Sitzgelegenheit ausgestaltete innere Einfriedigung einzubauen, in der Papierkörbe und kleine Tischchen eine angenehme Unterbrechung bilden. Auf diesem Bild ist auch neben dem großen Sandkasten und dem Planschbecken der laufende Trinkbrunnen ersichtlich, der auf keinem Kinderspielplatz fehlt. Der dauernd springende Strahl wird von den Kindern mit dem Munde aufgefangen, so daß Trinkgeräte, die niemals einwandfrei reingehalten werden können und daher eine gesundheitliche Gefahr bilden, sich erübrigen. Auf allen Kinderspielplätzen sind sogen. „Pinkel-Winkel“ eingerichtet, die unter ständiger Aufsicht stehen.

Neben den Bewegungsspielplätzen ist, soweit es



Abb. 3. Planschbecken Hammer Park



Abb. 4. Planschbecken Eimsbütteler Park

auf dem engen Territorium Hamburgs möglich ist, auch für sportgerechte Fußballplätze und Leichtathletikbahnen Vorsorge getroffen. — Der Umfang der Benutzung dieser Sportplätze durch Schulen und Vereine ist naturgemäß ein sehr großer. Die Plätze werden schon vom frühen Morgen an bis zur Dunkelheit von den Spielern voll in Anspruch genommen.

Bild 5 zeigt die Umrahmung der Kampfbahn im Stadtpark mit den terrassenförmigen Zuschauerplätzen. In Bild 6 sehen wir die Kampfbahn des Hammer Parks während eines Sportfestes. Dem wachsenden Bedürfnis nach Hockey- und Tennisplätzen, diese nach dem englischen „en-tout-cas"-Verfahren angelegt, ist, wenn auch lange noch nicht in ausreichendem Maße, Rechnung getragen. Im Winter aber dienen geeignete Teile der Grünflächen dem Wintersport, wie Abbildung 7 aus dem Sternschanzen-Park zeigt.

Abb. 5. Kampfbahn Stadtpark

Aber auch den Bedürfnissen der älteren Generation muß das Grün der Großstadt Rechnung tragen. So finden sich in allen Stadtgegenden verstreut die sogenannten Alte-Leute-Gärten, wie sie Abbildung 9 aus dem Wehber-Park darstellt. Hier wiederum ist den Kindern der Zutritt verboten. Reichliche Sitzgelegenheiten ermöglichen den Veteranen der Arbeit ein ruhiges, beschauliches Ausruhen in der Sonne.

Andere Flächen sind besonderen Zwecken vorbehalten. Bild 8 zeigt im Licht- und Luftbad im Stadtpark, das dem Ausschuß für Säuglings- und Kleinkinderanstalten zur Verfügung gestellt ist, die Liegekur einer Kleinkinderabteilung. Bild 10 stellt die Freilichtbühne im Stadtpark dar während einer Vorführung von Volkstänzen.

Die Bebauungspläne Hamburgs sehen in der Umgebung der Krankenhäuser Flächen vor, die als



Abb. 6. Kampfbahn Hammer Park



Abb. 7. Winterfreuden Sternschanzenpark



Abb. 8. Liegestunde Kinderluftbad Stadtpark

Schutzstreifen für die Krankenhäuser erhalten bleiben sollen. Hier ist für die Jugend kein Platz für ihr vielfach mit Lärm verbundenes Spiel. Als Schmuckanlage und Alte-Leute-Garten ist der Schutzgürtel des Krankenhauses an der Lohmühlenstraße ausgestaltet, während der Schutzstreifen am Krankenhaus Barmbeck zu staatlichen Pachtgärten hergerichtet ist. Hier hat Hamburg zum erstenmal bebauungsplanmäßig festgelegte Kleingärten geschaffen, die staatsseitig mit Wasserleitung, gemeinsamer Obst- und Heckenpflanzung und einheitlichen Lauben versehen sind.

Will man einen Überblick über das sanitäre Grün geben, so dürfen die Kleingärten, die als grüner Kranz das Weichbild der Stadt umfassen, nicht vergessen werden. In der Umgebung Hamburgs befinden sich zur Zeit 35 000 Kleingärten, d. h. wenn die Familie nur mit vier Köpfen durchschnittlich gerechnet wird, verbringen 140 000 Menschen der Großstadt, das sind etwa 10 v. H. der Bevölkerung, ihre freie Zeit in Luft, Licht und Sonne bei gesunder, körperlicher Arbeit im Freien.

Für die staatliche Förderung der Kleingartenbewegung ist eine besondere Dienststelle beim Gartenwesen eingerichtet, die nicht nur für die Landbeschaffung sorgt, sondern durch belehrende Vorträge und praktische Demonstrationen die Großstadtbevölkerung in die Praxis des Gartenbaues einführt. In den letzten Jahren ist von der Kleingartendienststelle in Verbindung mit der Wohlfahrtsbehörde und dem Jugendamt die Jugendpflege in den Kleingartenkolonien propagiert worden. Die örtliche Jugendpflege kann nirgends ungestörter und besser ihre Wirksamkeit entfalten als innerhalb der grünen Gärten, die das Weichbild der Stadt rings umziehen. In allen Kolonien, die noch auf längere Jahre hinaus sicheren Bestand haben, sind Spielplätze angelegt, die der örtlichen Jugendfürsorge zur Verfügung stehen. Die Aufsicht über die Kinder wird zur Zeit noch von Frauen der Kleingärtner ehrenamtlich ausgeübt, doch wird bei einem weiteren Ausbau die Gestellung von Jugenderziehern nicht zu umgehen sein. Die Spielplätze sollen mit Liegehallen, Turngeräten, Sandspielgelegenheit und Planschbecken ausgerüstet werden. Für die Verpflegung der Kinder sorgt der Wohltätige Schulverein.

Durch die Umstellung der öffentlichen Grünanlagen vom Daseinswert zum Nutzungswert sind jedoch keineswegs die künstlerischen Gesichtspunkte bei der Ausgestaltung der Grünanlagen außer acht gelassen worden. Blumen und Blüten in jeder Form und Farbe finden in reichem Maße Verwendung. Besonde-



Abb. 9. Wehbers Park, Alte-Leute-Garten



Abb. 10. Freilichtbühne, Stadtpark



Abb. 11. Diana von Wrba, Stadtpark

rer Wert wird auf gute Farbenzusammenstellung gelegt, aus der Erkenntnis heraus, daß Schönheitsuchen die Bevölkerung erst in die Grünanlagen treibt und daß der gesundheitliche Wert eng verbunden ist mit der Erhebung der Seele durch wohlgestaltete, gut geformte, in Farbe abgestimmte Gärten. Soweit es irgend möglich ist, sind in den Anlagen Hamburgs Werke der bildenden Kunst zur Aufstellung gelangt in der ausgesprochenen Absicht, die öffentlichen Grünanlagen allmählich zu Freilichtmuseen zu machen, um der großen Masse der Bevölkerung neben der Erholung des Körpers seelisch erhebende Eindrücke zu vermitteln (siehe Bild 11).

Es erübrigt sich zu sagen, daß die finanzielle Not dazu zwingt, manches, was wünschenswert, aber nicht notwendig ist, zurückzustellen. Bei der Planung der neugeschaffenen Anlagen galt immer als herrschender Grundsatz, die laufenden Unterhaltungskosten auf ein Mindestmaß herabzudrücken, wenn auch die einmalige Herstellung dadurch teurer wird. Gediegenes Material und einmalige Bepflanzung mit Gewächsen, die alljährlich wiederkehren, sind Beispiele für diesen Weg. So versucht die Gartenverwaltung Hamburg mit möglichst geringen Mitteln einen möglichst großen Aktionsradius zum Nutzen der Bevölkerung zu entfalten, um die öffentlichen Grünanlagen zu einem Tummelplatz der ganzen Bevölkerung werden zu lassen. Jung und alt sollen hier Freude, Erholung und Erhebung finden, aus der Erwägung heraus, Gartenfürsorge spart Krankenfürsorge (siehe Bild 12).

Die Grünanlagen Hamburgs.

	1914		1927	
	Anzahl	Hektar	Anzahl	Hektar
1. Kinderspielplätze	61	6	111	13,80
2. Sandkästen	86	0,3	128	0,75
3. Planschbecken	—	—	15	2,70
4. Sportanlagen für Fußball, Hockey u. andere Ballspiele	30	32	50	89,83
5. Tennisplätze	—	—	3	1,90
6. Sportanlagen für Leichtathletik	—	—	5	0,77
7. Spielwiesen, Lagerwiesen, Tummelwiesen	1	5	14	38,70
8. Alte-Leute-Gärten	—	—	5	0,90
9. Sonstige Grünanlagen	373	201,65	426	445,40
10. Kleingärten (außer preuß. Vereinen)	—	137	20235	1183



Abb. 12. Billige Kinderfreuden im Stadtpark

DER OHLSDORFER FRIEDHOF

VON BAUDIREKTOR LINNE

DER Ohlsdorfer Zentralfriedhof liegt im Norden des Stadtgebietes, etwa 10 km vom Stadtzentrum entfernt, und umfaßt zur Zeit etwa 375 ha. Er erstreckt sich zwischen der Fuhlsbütteler Straße in Ohlsdorf und der Bargteheider Landstraße in Bramfeld. Die Ausdehnung vom Westen nach Osten beträgt $3^1/_2$ km, die durchschnittliche Ausdehnung vom Norden nach Süden $1^1/_2$ km. Von dem Gesamtgelände liegen 190 ha auf hamburgischem Gebiet und 185 ha auf preußischem Gebiet.

Der Boden ist außerordentlich verschieden. Leichter Sand mit sandigem Lehm und Ton wechseln stark in kurzen Entfernungen. Das gesamte Gelände führt muldenartige, undurchlässige Schichten, auf denen sich das Grundwasser sammelt. Um die Möglichkeit zu schaffen, die Särge grundwasserfrei unterzubringen, bestand die Notwendigkeit, das gesamte Gelände durchschnittlich $2^1/_2$ m tief zu drainieren. Dieses Drainagewasser ist im alten Teil in landschaftliche Teiche hineingeleitet, deren Überlauf in eine Bewässerungsleitung für Alleebäume führt. Auf dem preußischen Gebiet fließen die Drainagewasser in Kanäle und Teiche, die ihren natürlichen Abfluß in den Bramfelder See haben.

Auf dem Ohlsdorfer Friedhof ist die Einzelbestattung durchgeführt, und zwar wird der Sarg so tief eingesenkt, daß ihn eine 1 m starke Erdschicht deckt. Nach den Vorschriften der Medizinalbehörde muß zwischen Sargsohle und Grundwasser eine Erdschicht von 1 m Stärke vorhanden sein. Zur Beobachtung des Zustandes des Drainagewassers sind um das Hamburger Friedhofsgelände herum zehn Kontrollbrunnen eingebaut. Das Wasser dieser Brunnen wurde früher alljährlich zweimal, später alljährlich einmal und jetzt alle drei Jahre einmal untersucht. Bis jetzt ist in keinem Falle festgestellt, daß in diesem Drainagewasser irgendwelche schädliche Bestandteile enthalten sind. Da die Erfahrungen bezüglich der Beschaffenheit der Drainage bei der Erweiterung des Friedhofes auf preußischem Gebiet festlagen, sind auf dem preußischen Teil des Friedhofes derartige Kontrollschächte nicht mehr eingebaut worden. Es wurde auch nicht für notwendig gehalten, wie im alten Teil, das Drainagesystem von dem System der Abführung der oberirdischen Wässer zu trennen. Auf dem neuen preußischen Teil fließt das Oberwasser direkt in die Drainageleitung, dann in die Teiche und von dort in den Bramfelder See.



Abb. 1. Generalplan des alten Ohlsdorfer Friedhofs auf Hamburger Gebiet von Friedhofsdirektor W. Cordes (einschließlich Erweiterungen bis 1914).

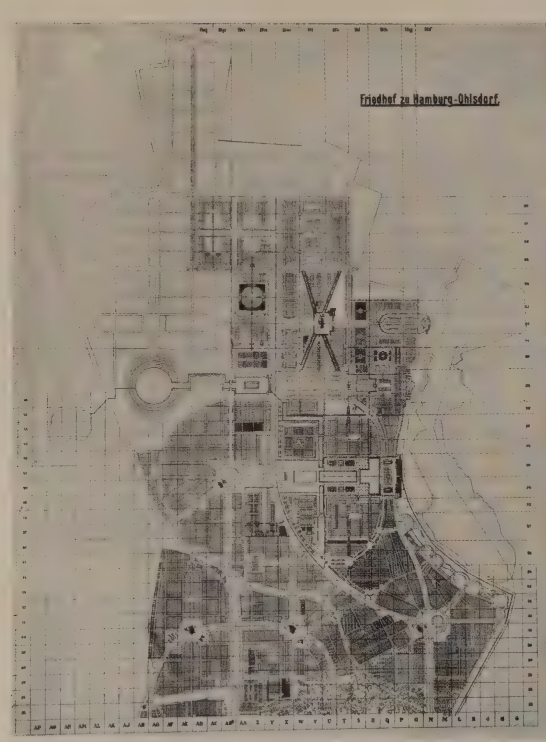


Abb. 2. Erweiterung des Ohlsdorfer Friedhofes. Projekt Linne

Durch das Erweiterungsgebiet führte in nord-südlicher Richtung früher ein Vorflutgraben, der bei der Projektierung berücksichtigt werden mußte, da der auf preußischem Terrain liegende Friedhofsteil Vorflutgelände für das nördlich von ihm gelegene Gelände ist. Der Vorflutgraben in dem Erweiterungsgebiet ist ersetzt worden durch ein System von Teichen und Kanälen.

Bei dem Vorhaben der Bramfelder Gemeinde, im Bramfelder See eine Badeanstalt einzurichten, wurde die Befürchtung laut, daß der Bramfelder See durch die Abwässer des Friedhofs verunreinigt würde. Daraufhin sind seitens des Hamburgischen Hygienischen Staatsinstituts Wasseruntersuchungen vorgenommen, und es hat sich herausgestellt, daß irgendwelche schädliche Bestandteile nicht durch die Friedhofswässer in den Bramfelder See geleitet werden. Die Untersuchungen haben ergeben, daß in dem einfließenden Wasser im Norden des Friedhofgebietes mehr Kolibakterien enthalten sind als in dem ausfließenden Wasser aus dem Friedhofsgebiet.

Der Friedhof ist am 1. Juli 1877 in Betrieb genommen.

Der auf Hamburger Gebiet gelegene Teil und ein kleines Gelände auf dem preußischen Gebiet ist nach den Plänen des ver-

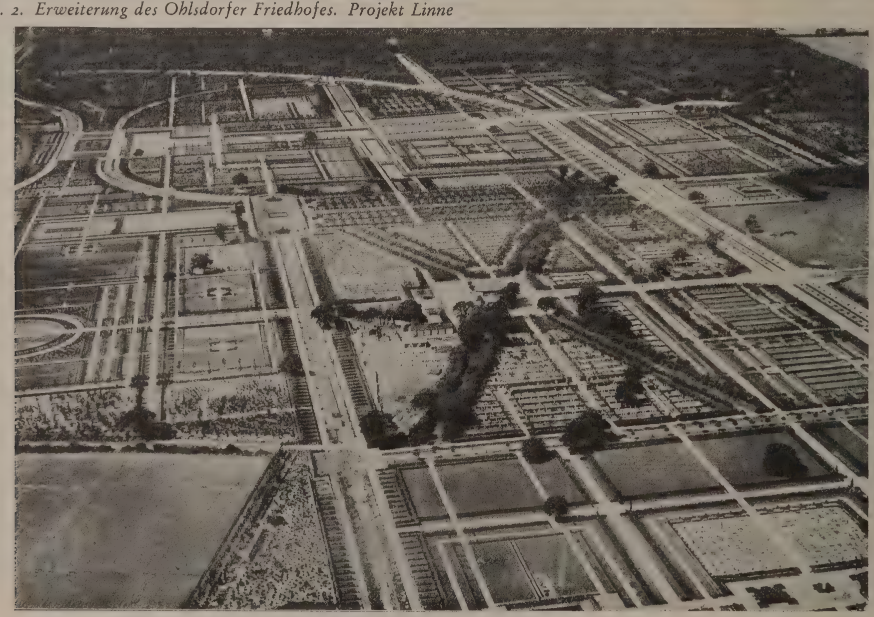


Abb. 3. Flugzeugaufnahme eines Teiles der Erweiterung des Ohlsdorfer Friedhofes

storbenen Friedhofdirektors *Cordes* angelegt. Soweit das Hamburger Gebiet in Frage kommt, ist der Friedhof als landschaftlicher Park ausgestaltet und stellt wohl die reifste Lösung dieser Gestaltungsart dar. Infolge der großen zur Verfügung stehenden Flächen ist es möglich gewesen, umfangreiche landschaftliche Partien zu schaffen, die von Gräbern vollständig frei gehalten werden konnten. Im Osten des hamburgischen Gebietes ist ein ausgedehnter Waldfriedhof angelegt in einem bestehenden Kiefern- und Fichtenwald, und zwar auf einem Gelände, das ursprünglich für Friedhofzwecke nicht geeignet erschien. (S. Abb. 1 u. 7.) Der größte Teil des auf preußischem Gebiet gelegenen Friedhofes ist nach den Plänen des jetzigen Friedhofdirektors Linne angelegt, und zwar ist dieser Teil streng architektonisch gestaltet (Lageplan Abb. 2, Vogelschaubild Abb. 3).



Abb. 4. Friedhofsgruppe mit Brunnenanlage

Abb. 5 Friedhof Hamburg-Ohlsdorf
Erweiterung auf Bramfelder Gebiet
Quartiere Bm-Bk 65/68

Die außergewöhnlich große Ausdehnung des Friedhofes und die dadurch sich ergebende Notwendigkeit, die Fahrstraßen als eigentliche Verkehrsstraßen zu behandeln, auf denen Fahrzeuge aller Art zugelassen werden müssen, machte es erforderlich, das gesamte Friedhofgelände in kleine Einzelfriedhöfe aufzuteilen und diese Einzelfriedhöfe von den eigentlichen Verkehrsstraßen durch ausreichende Pflanzungen zu trennen. (S. Abb. 4 u. 5.) Infolge dieser Gestaltungsart sind die eigentlichen Friedhofsflächen von den Hauptstraßen nicht einzusehen, die Friedhofstraßen machen daher den Eindruck von Parkstraßen. Durch gut durchdachte Anordnung der Pflanzung und durch sorgfältige Auswahl der Pflanzenarten bieten diese Fahrstraßen reizvolle Bilder.

Bei der Gestaltung der Einzelfriedhöfe ist man von dem Gedanken ausgegangen, daß das einzelne Grab als Baustein des Friedhofes die Hauptsache ist. In den Teilfriedhöfen, die sich untereinander durch charakteristische Aufteilung und durch charakteristische Pflanzungen unterscheiden, sind daher die Gräberfelder nicht ängstlich durch Pflanzungen versteckt, wie dieses auf dem alten Teil des Friedhofes, der nach dem landschaftlichen Prinzip angelegt ist,

NORDEN

Abb. 6 Aschengarten-Erweiterung des Ohlsdorfer-Friedhofes.



Abb. 7. Birkenweg im alten Teil des Friedhofs

durchgeführt worden ist, sondern die Gräberfelder und Gräberreihen sind so ausgestaltet, daß sie gute, zufriedenstellende Bilder ergeben. (S. Abb. 4.) Um dieses zu ermöglichen, war es notwendig, sowohl für die Gestaltung der Grabmale als auch für die Bepflanzung der Gräber strenge Richtlinien und Bestimmungen zu erlassen. Bis zum Jahre 1920 war eine Prüfung der aufzustellenden Grabmale auf ihren künstlerischen Wert hin nicht erfolgt. Die aufzustellenden Grabsteine wurden nur daraufhin geprüft, ob ein Fundament erforderlich war, oder ob die Grabmale ohne Fundament aufgestellt werden konnten. Die Grabfelder im alten Teil des Ohlsdorfer Friedhofes weisen daher die in der Zeit um die Jahrhundertwende üblichen geschmacklosen Grabmale auf, wenn auch auf einem Teil großer Familiengräber künstlerisch einwandfreie Grabmale zur Aufstellung gekommen sind. Seit dem Jahre 1920 bestehen für die Aufstellung der Grabmale Richtlinien und Bestimmungen. Bei der Einführung dieser Bestimmungen und Richtlinien stieß man naturgemäß auf starken Widerstand sowohl bei den Grabmallieferanten als auch beim Publikum. Jetzt liegen die Verhältnisse jedoch so, daß sowohl die Grabsteinlieferanten als auch das Publikum sich von der Notwendigkeit der Durchführung derartiger Bestimmungen überzeugt haben, wenn auch hier und da einzelne Unbelehrbare einen Kampf gegen die Bestimmungen noch für notwendig halten.

In den letzten Jahren sind auch schärfere Bestimmungen für die Bepflanzung der Gräber erlassen, die jedoch immerhin so gehalten sind, daß den Grabinteressenten für die Schmückung ihrer Grabstätten noch große Freiheit gelassen wird. Vorgeschrieben sind bei den hinterpflanzten Gräbern lediglich die Hecken und Bodendecken, bei den Gräbern Kopf bei Fuß die Einfassungen und Bodendecken. Wenn auch zuerst die Grabinteressenten über diese Vorschriften ungehalten waren, weil früher irgendwelche Einschränkungen nicht bestanden, so hat sich doch die Mehrzahl von der Notwendigkeit dieser Bestimmungen überzeugt. Für einzelne Hauptwege sind besonders eingehende einheitliche Vorschriften, sowohl für die Grabmale als auch für die Bepflanzungen erlassen. Hier wird nicht nur genaue Höhe und Breite, sondern auch das Material der Grabmale und der gesamte Pflanzenschmuck vorgeschrieben.

Wie schon erwähnt, ist das gesamte Friedhofgelände durch ein Netz breiter Fahrstraßen aufgeteilt. Um den Besuchern des Friedhofes Gelegenheit zu geben, die entfernter gelegenen Gräber leichter aufzusuchen, ist seit zwei Jahren eine regelmäßige Autobuslinie vom Eingang des Friedhofes nach der Erweiterung eingerichtet.

Der Friedhof in Ohlsdorf hat sowohl ein Monopol für die Unterhaltung als auch für die Bepflanzung der Gräber. Hierdurch wird nicht nur die Sicherheit auf dem Friedhof besonders gewährleistet, sondern es werden durch die übernommenen Arbeiten auch ganz erhebliche Einnahmen erzielt.



Abb. 8. Blick in den Aschengrabgarten

Bis jetzt sind elf Kapellen auf dem Gelände errichtet. Die XIII. Kapelle ist im Bau, und die Errichtung einer weiteren Kapelle ist für die nächsten Jahre vorgesehen. Die XI. Kapelle ist noch nicht errichtet, da diese in Verbindung mit der in Aussicht genommenen Heldengedächtnishalle erbaut werden soll.

Ein Leichenhallenzwang besteht für den Ohlsdorfer Friedhof nicht. Trotzdem werden die meisten Leichen vor den Beerdigungen in Einzel- oder Sammelwagen nach den Kapellen geschafft, in denen die eigentlichen Trauerfeierlichkeiten stattfinden. In der Vorkriegszeit war dieses insofern anders, als die Trauerfeierlichkeiten durchweg im Hause abgehalten und die Leichen dann erst in besonderen Wagen nach Ohlsdorf geführt wurden. Hier fand dann nur eine kurze Aufbahrung in der Kapelle statt, worauf die Beisetzung erfolgte.

Die Leichen werden in Ohlsdorf von der Kapelle bis zum Grabe getragen, da die Bevölkerung sich an die Bahrwagen nicht gewöhnen kann und Wert auf die bisher übliche Bestattungsart legt.

Die Verhältnisse in Ohlsdorf haben gezeigt, daß es nicht zweckmäßig ist, für ein derartig großes Gemeinwesen, wie Hamburg es ist, einen Zentralfriedhof anzulegen, da wohl die einheitliche Verwaltung gewährleistet ist, jedoch die große Ausdehnung des Geländes die Bewirtschaftung außerordentlich erschwert und verteuert und da die Ruhe des Friedhofes unter dem durch die Größe bedingten Verkehr stark leidet.

DIE FEUERBESTATTUNG IN HAMBURG

VON BAUDIREKTOR LINNE

DAS hiesige Krematorium ist im Jahre 1892 von einem Hamburger Feuerbestattungsverein in Betrieb genommen, der es im Jahre 1915 an den Hamburger Staat abtrat. Das Hamburger Krematorium ist das zweitälteste in Deutschland und den damaligen Bedürfnissen entsprechend eingerichtet. Infolge der starken Zunahme der Feuerbestattungen, besonders nach dem Kriege, sind die vorhandenen Einrichtungen nicht mehr ausreichend. Da ein Ausbau des Krematoriums des beschränkten Platzes wegen nicht mehr möglich ist, ist die Errichtung eines zweiten Krematoriums geplant und sind dementsprechende Anträge bereits beim Senat gestellt.

Im Krematorium sind zwei Öfen nach dem System Schneider-Didier eingebaut. Im Jahre 1924 sind beide Öfen nach dem damaligen neuesten System der betreffenden Firma vollständig umgebaut und erneuert. Da der ungünstigen Bodenverhältnisse und sonstiger technischer Schwierigkeiten wegen der Fuchs des Ofens nicht in die erforderliche Tiefe verlegt werden konnte, bewährten sich die nach dem neuesten System eingebauten Öfen sehr wenig. Starker Schlackenansatz in den Zügen und auf den Aschenfallplatten machten häufige, kostspielige Reparaturen nötig. Auf Veranlassung des hiesigen Heizamtes sind dann bedeutende Umänderungen an den

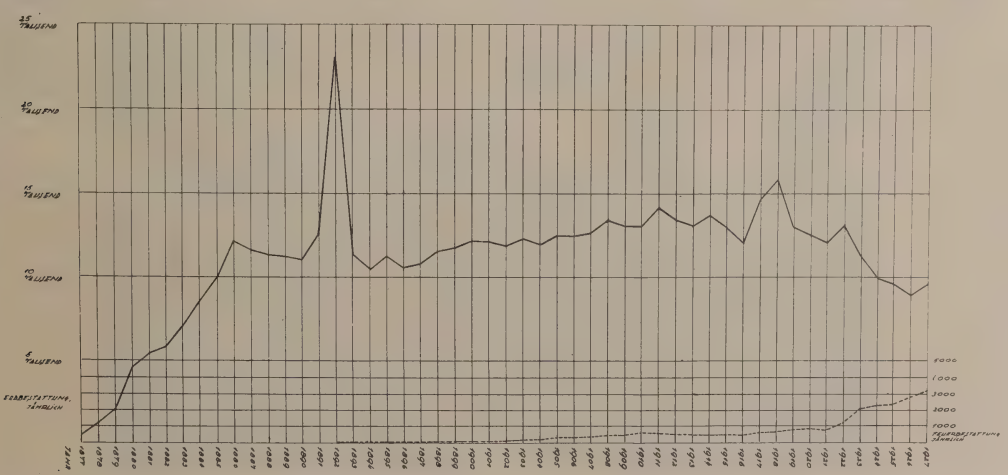


Abb. 9. Graphische Darstellung der jährlichen Erd- und Feuerbestattungen auf dem Ohlsdorfer Friedhof in den Jahren 1877 bis 1927

Öfen vorgenommen, um diese Mißstände zu beseitigen. Die vom Heizamt angeordneten Verbesserungen haben einen außerordentlichen Erfolg gehabt. Die umgebauten Öfen arbeiten bedeutend wirtschaftlicher als die früheren, nach System Schneider-Didier erbauten Öfen. Der Bedarf an Heizmaterialien ist etwa auf ein Achtel des früheren Bedarfs zurückgegangen. Die vom Heizamt durchgeführten Versuche und Verbesserungen haben gezeigt, daß auf dem Gebiet der Verbrennungsöfen noch ganz bedeutende Umwälzungen bevorstehen.

Die Verbrennungsdauer ist in Hamburg stets schon eine verhältnismäßig kurze gewesen. Es muß jedoch immerhin für die Verbrennung mit einer Zeitspanne von einer Stunde bis eineinhalb Stunden gerechnet werden. Durch den Umbau der Öfen ist auch erreicht, daß ein Qualmen des Schornsteins vollständig vermieden werden kann, wenn die Heizer vorschriftsmäßig für geeignete Luftzuführung sorgen.

Das Hamburger Friedhofamt hat sich die Förderung der Feuerbestattung außerordentlich angelegen sein lassen, und zwar in erster Linie durch einen sehr niedrigen Tarif. Die billigste Verbrennung wird für Rm. 6.— ausgeführt. Hierfür werden die Räume des Krematoriums und ein Harmoniumspieler zur Verfügung gestellt, ebenso ist in diesem Preis die Lieferung der Aschenkapsel und die Beisetzung der Asche enthalten, jedoch nicht der Transport der Leiche nach dem Krematorium.

Eine Schwierigkeit besteht immer noch in der guten Unterbringung der Aschen auf den Friedhöfen. Während früher durchweg die Aschenüberreste oberirdisch aufgestellt wurden, werden diese hier in Hamburg jetzt meist unterirdisch beigesetzt. Es sind hierfür im Erweiterungsgebiet des Ohlsdorfer Friedhofes Aschengärten geschaffen. Einen Plan eines solchen Aschengartens zeigt Abb. 6. Es sind in diesen Aschengärten Plätze vorgesehen von $^1/_2$ qm und 1 qm. $^1/_2$-qm-Plätze haben das Ausmaß 70:70 cm, 1 m große Plätze 70:140 cm. Die Anordnung der Aschengräber in solchen Aschengarten zeigen Abb. 8 und 10.

Das dichte Aneinanderreihen dieser Plätze hat bei dem großen Betrieb in Ohlsdorf insofern gewisse Unannehmlichkeiten, als der Platz für die Grabbesucher, besonders in der ersten Zeit nach der Beisetzung, in diesen kleinen Gärten verhältnismäßig eng ist. Die kleinen Plätze lassen naturgemäß einen Schmuck mit Blumen, der gerade bei den Deutschen üblich ist, nur beschränkt zu. Das Friedhofamt ist bemüht, bei der Neugestaltung von Aschenplätzen auch diese Momente zu berücksichtigen, und wird versuchen, diese Schwierigkeiten zu beheben. Zur Zeit ist eine umfangreiche Aschengrabanlage im Bau, die sich um einen kreisrunden Teich von 126 m Durchmesser amphitheatralisch aufbaut.

Die Zahl der Feuerbestattungen hat seit dem Jahre 1892 zunächst wenig zugenommen. Erst nach dem Kriege, und insbesondere seitdem durch die Inflation die Kosten für Erdbestattung immer höher wurden, und seitdem die Friedhofdeputation zur Förderung der Feuerbestattung die Preise für die Einäscherung ganz erheblich herabsetzte, hat die Feuerbestattung immer mehr Anhänger gefunden. Abb. 9 zeigt in graphischer Darstellung die Zahl der jährlichen Erd- und Feuerbestattungen auf dem Ohlsdorfer Friedhof in den Jahren 1877 bis 1927.



Abb. 10. Ansicht aus dem Aschengrabgarten

DER GEMEINNÜTZIGE BESTATTUNGSVEREIN IN HAMBURG

VON J. URBAN

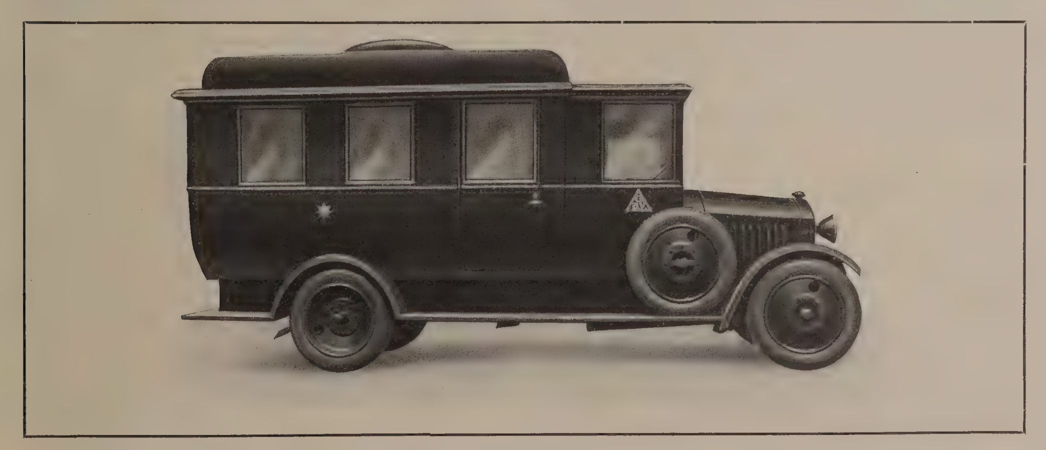
Es ist die Folge der geschichtlichen Entwicklung, wenn in einem Staatswesen die großen mannigfaltigen Aufgaben der sozialen und öffentlichen Hygiene nicht immer der zuständigen Behörde unterstellt sind. Daß es später nicht gelingt oder doch schwer fällt, diese geschichtlichen Fehler zu beseitigen, ist eine alte Erfahrungssache. Es ist auch in Hamburg bei der Neuordnung der Behörde für das Gesundheitswesen nicht gelungen, alle die verschiedenen Zweige des Gesundheitsdienstes in dieser Behörde zusammenzufassen. Hier soll nur kurz auf das Bestattungswesen verwiesen werden. Die Leichenschau unterliegt dem ärztlichen Dienst, die hygienische Überwachung des Bestattungswesens hingegen der Friedhofverwaltung. Der Grund ist, daß in alter Zeit die Friedhöfe konfessionelle Begräbnisplätze waren, dementsprechend lag auch die Verwaltung in den Händen der Kirchengemeinden. Bei der Schaffung des großen Ohlsdorfer Friedhofes, der zur allgemeinen Begräbnisstätte bestimmt wurde, hielt man es für zweckmäßig, eine besondere Verwaltung, die Friedhofsverwaltung, zu bilden und dieser Verwaltung auch das Bestattungswesen zu unterstellen.

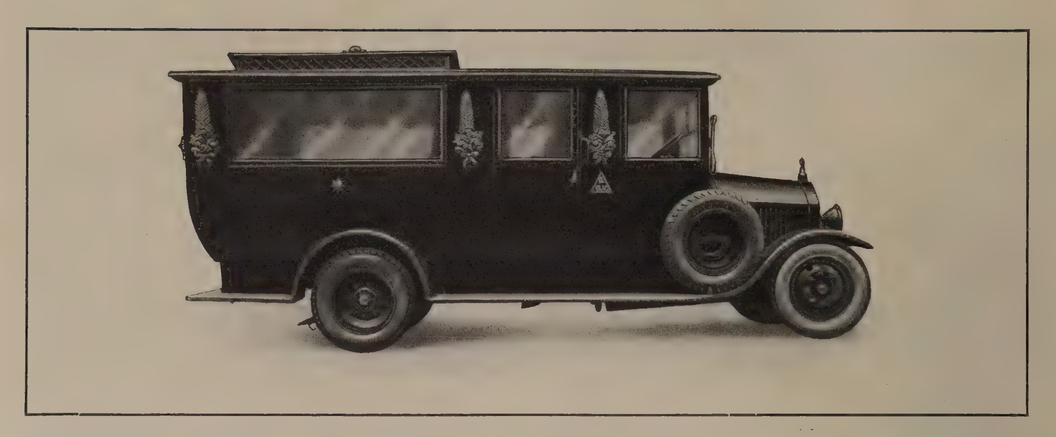
Bei der im Jahre 1920 erfolgten Beratung über Schaffung einer Gesundheitsbehörde wurde der Antrag gestellt, dieser Behörde nun auch das Bestattungswesen zu unterstellen. Begründet wurde der Antrag damit, daß das Bestattungswesen dringend zu reformieren sei und daß, um eine Verbilligung der Bestattungen zu erzielen, die Kommunalisierung des Bestattungswesens erfolgen müsse. Dieser Antrag wurde damals abgelehnt. Das Geschäftsgebaren verschiedener Beerdigungsübernehmer und die immer stärker in Erscheinung tretenden Mißstände in dem Geschäftsverfahren der Beerdigungsübernehmer, vor allem aber das Verlangen, eine Verbilligung des Bestattungswesens zu erzielen, drängte zur Schaffung einer gemeinnützigen Gesellschaft. Die Handelsgesellschaft „Produktion" hatte wiederholt erwogen, für ihre Mitglieder das Begräbniswesen zu organisieren. Die angebahnten Verhandlungen dieser großen Konsumenten-Organisation, denen sich der Ortsausschuß des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse anschlossen, führte zur Gründung des *Gemeinnützigen Bestattungsvereines e. V.* Später trat das Hamburger Wohlfahrtsamt in die Verwaltung mit ein.

Bereits im Jahre 1921, dem ersten Lebensjahre des Vereins, wurden 1453 Bestattungen ausgeführt. Die Aufwärtsentwicklung in den folgenden Jahren stellt sich wie folgt:

im Jahre 1922	2880 Bestattungen
„ „ 1923	4785 „
„ „ 1924	5103 „
„ „ 1925	5717 „
„ „ 1926	6303 „
„ „ 1927	6803 „

Rund 50 v. H. aller Bestattungen in Hamburg werden zur Zeit vom Gemeinnützigen Bestattungsverein ausgeführt. Die Entwicklung des Vereins in den sieben Jahren seines Bestehens hat somit be-

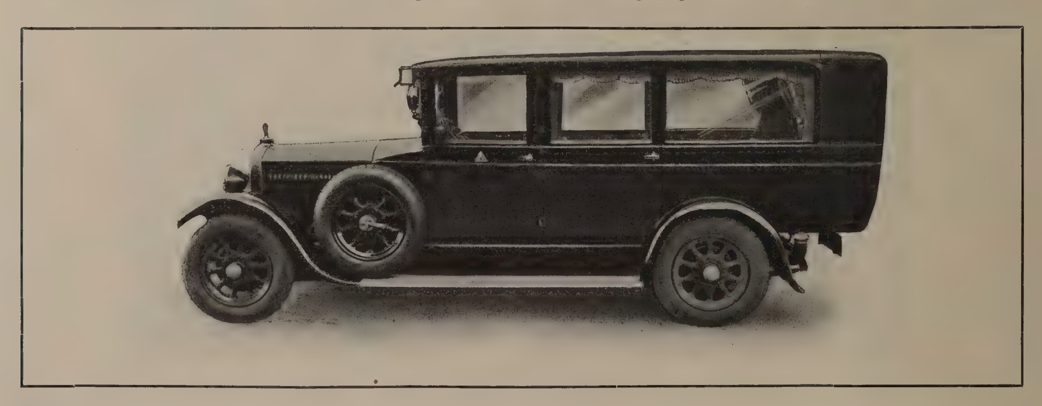




wiesen, daß die Gründung einem allgemeinen Bedürfnis entsprungen ist.

Rein äußerlich betrachtet ist auch das Bestattungswesen von dem Zuge der Zeit „Änderung des Verkehrswesens“ nicht verschont geblieben. Wenn wir in der alten Begräbnisordnung von 1882 in dem § 3 Abs. 2 lesen, daß „es den Führern des Leichenwagens gestattet ist, außerhalb der Stadt und der Vorstadt „im Trabe zu fahren“, und heute ein Leichentransportauto dahinfahren sehen, so erkennen wir auch in diesem veränderten Bild den Wandel der Zeiten. Das Auto hat in Hamburg die „schönen Leichenzüge“ mit Himmelwagen, brennenden Laternen, reitenden Dienern in Schnallenschuhen und weißen Strümpfen und Degen an der Seite verdrängt. Verdrängt hat es aber auch den sogenannten Armenwagen, diesen schmucklosen Kastenwagen, in dem bis zu fünf Leichen der ärmeren Bevölkerung nach dem Friedhof überführt wurden.

Bahnbrechend ist auch bei dieser Entwicklung der Gemeinnützige Bestattungsverein vorangeschritten. Das Bild Nr. 1 veranschaulicht ein eingerichtetes Auto zur Überführung von vier Leichen. Der Wagen ist im Innern mit Aufzügen versehen, so daß jeder Sarg und die etwa mitzuführenden Kränze getrennt eingeführt werden können. Aus dem Bilde Nr. 2 erkennen wir den „Himmel- und Gefolgewagen“. Hier können in dem vorderen Abteil acht und in dem hinteren Abteil auf Seitenplätzen neben dem Sarg noch zehn Leidtragende an der Überführung teilnehmen. Das Bild Nr. 3 veranschaulicht den neuesten Typ eines Überführungswagens für weit entlegene Orte. Dieser Wagen bietet in drei bequemen Sesseln noch Platz für die den Transport begleitenden Hinterbliebenen. Der gesamte Wagenpark umfaßt 9 Autos. Mit diesen Transportmitteln werden durchschnittlich pro Tag 23 Leichen nach dem Friedhof oder in das Krematorium überführt. Die vielen Besichtigungen der Geschäftsstelle zahlreicher Delegierten der Großstädte aber beweisen, daß der Betrieb des Gemeinnützigen Bestattungsvereins auch außerhalb Hamburgs Beachtung gefunden hat und daß die Organisation des Vereins als mustergültig betrachtet wird.



DAS HAMBURGISCHE LANDGEBIET

ZUSAMMENGESTELLT VON ASSESSOR DR. GUTSCHOW, LANDHERRENSCHAFT

DAS hamburgische Staatsgebiet umfaßt außer der Großstadt ein Landgebiet nicht unbeträchtlichen Umfanges. Es sind das die Marsch- und Vierlande an der Oberelbe, die Städte Bergedorf und Geesthacht, die Geestlande im Norden Hamburgs und das Amt Ritzebüttel mit der Stadt Cuxhaven an der Elbmündung. Zu diesem Gebiet gehören außer den drei Städten 28 Landgemeinden. Es hat eine Ausdehnung von 27 959,64 ha und eine Wohnbevölkerung von 78 625 Köpfen (10. Oktober 1927).

Das Landgebiet vereinigt sehr verschiedenartige Gebietsteile. Während die Geestlande — Farmsen mit Berne, Volksdorf, Wohldorf und Ohlstedt sowie Groß-Hansdorf und Schmalenbeck — vorwiegend den Charakter von Wohnsiedlungen vor den Toren der Großstadt haben und Bergedorf ebenfalls, abgesehen von dort angesiedelten Industriebetrieben, eine Art Villenvorstadt Hamburgs ist, findet sich in den Marsch- und Vierlanden eine intensive Gartenkultur. Der Gemüsebau und die Blumenzucht sind hier die Haupterwerbsquellen der Landbevölkerung. In den Ritzebütteler Landgemeinden herrscht dagegen Ackerbau und Viehzucht vor. Cuxhavens Bedeutung wiederum liegt in seiner Eigenschaft als Vorhafen Hamburgs, als Platz einer großen Fischindustrie und als Nordseebad. Geesthachts Bevölkerung setzt sich vorwiegend aus Arbeitnehmern umliegender industrieller Betriebe zusammen. Bergedorf und Cuxhaven sind Städte mit je annähernd 20 000 Einwohnern. Geesthacht hat etwa 5500 Bewohner.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die besonderen von den stadthamburgischen abweichenden Einrichtungen.

Das Fürsorgewesen im Landgebiet mit seinen auf das flache Land und kleinere Städte zugeschnittenen, besonders gestalteten Verhältnissen mag an einem Beispiel dargelegt werden, an einer Schilderung des Fürsorgewesens des Bezirksfürsorgeverbandes Bergedorf. Die Verhältnisse liegen in den beiden andern Bezirksfürsorgeverbänden, dem Verband des Amtes Ritzebüttel und dem der Marsch- und Geestlande sehr ähnlich. Anschließend mögen einige Einrichtungen der Städte Bergedorf, Cuxhaven und Geesthacht von besonderer lokaler Farbe hervorgehoben werden, wobei wiederum Bergedorf als Beispiel gewählt worden ist und deshalb ausführlichere Darstellung gefunden hat.

BEZIRKSFÜRSORGEVERBAND BERGEDORF

I. TRÄGER DES FÜRSORGEWESENS UND ORGANISATION.

Träger des Fürsorgewesens ist der Bezirksfürsorgeverband Bergedorf, ein aus den Städten Bergedorf und Geesthacht und den fünf Landgemeinden der Vierlande gebildeter Gemeindeverband, ein Zweckverband mit dem Rechte der Selbstverwaltung. Ihm liegt die Erfüllung der Fürsorgeaufgaben nach Reichs- und Landesrecht ob; er ist berufen, die Fürsorge innerhalb des Bezirkes zu vereinheitlichen und einen Lastenausgleich herbeizuführen. Satzungsgemäß wird der Verband verwaltet durch eine Verbandsversammlung, in die die Städte und Landgemeinden Vertreter entsenden, und dem aus der Mitte der Verbandsversammlung gebildeten Vorstand. Die Staatsaufsicht übt die Landherrenschaft aus. Die Verbands- und Fürsorgekosten werden von den beteiligten Stadt- und Landgemeinden nach dem Verhältnis der Bevölkerungszahl aufgebracht. Der Bezirk hat etwa 35 000 Einwohner; der Haushaltsplan für 1928 schließt mit einer Ausgabe von Rm. 807 000.— ab. Der Umstand, daß dem Verband Landgemeinden mit rein ländlichen Verhältnissen, eine Kleinstadt mit vorwiegend Arbeiterbevölkerung und eine Mittelstadt mit erheblicher Industrie angehören, macht einen den besonderen örtlichen Verhältnissen entsprechenden Ausgleich erforderlich und stellt an die Verwaltung und an die Fürsorgearbeit gerade dieses Verbandes erhebliche Anforderungen. Die Fürsorgearbeit wird zum Teil zentral durch die Geschäftsstelle des Verbandes, zum andern Teil stark dezentralisiert durch die Gemeindeverwaltungen erledigt. In letzterer Hinsicht machen sich dadurch Vorteile geltend, daß dem einzelnen die unmittelbare Hilfe durch die ihm nähere örtliche Stelle zugeführt wird.

II. MATERIELLE FÜRSORGE.

Für die Unterstützung der in Not geratenen Einwohner gilt der Grundsatz, daß Art und Höhe der Unterstützung sich nach dem Einzelfall und dem Grade der Hilfsbedürftigkeit richten. Es kommen in Betracht laufende oder einmalige Geldunterstützungen, Zuweisungen von Lebensmitteln, Milch, Bekleidung, Feuerung, Gewährung von Mietebeihilfen und ähnliches. Die Geldunterstützungen werden nach einem Richtsatz bemessen, der dem-

jenigen der Wohlfahrtspflege der Stadt Hamburg entspricht. Die Fürsorgeempfänger setzen sich zu einem erheblichen Teil zusammen aus Kleinrentnern, Empfängern von Renten der Sozialversicherung, sogenannten Sozialrentnern, Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, aus durch Pflegegeldzahlung unterstützten Kindern und schließlich allen sonstigen Hilfsbedürftigen. In Krankheitsfällen wird diesen Unterstützten und den von ihnen unterhaltenen Angehörigen freie ärztliche Behandlung und Arznei gewährt. Dem Erkrankten ist die Auswahl der im Bezirk wohnhaften Ärzte freigestellt. Die Bemühungen der Ärzte werden nach dem Mindestsatz der preußischen Gebührenordnung für Ärzte vergütet.

Neben dieser sogenannten offenen Fürsorge steht die Fürsorge in Anstalten, die geschlossene Fürsorge. Diese bietet alten Leuten Unterkunft und Verpflegung in Altersversorgungsheimen, von denen eines in Bergedorf, ein anderes in Kirchwärder liegt. Ersteres hat 70 Plätze, letzteres 30 Plätze für Personen beiderlei Geschlechts zur Verfügung. Die Heime enthalten kleinere Schlafräume und die sonstigen Tagesräume; es ist Gelegenheit zur Bildung von Wohngruppen gegeben. Die Verpflegung ist einfach, aber bekömmlich und reichlich. Anstaltsärzte im Nebenamt beobachten den Gesundheitszustand der Insassen, führen etwa erforderliche Behandlung durch und tragen für die hygienischen Einrichtungen der Anstalt Sorge. Den Heimen sind größere landwirtschaftliche Betriebe angeschlossen.

III. KRANKENFÜRSORGE.

Die Unterstützten werden auf ärztliche Anordnung in die Krankenhäuser eingewiesen. Es ist dem Erkrankten freigestellt, in welches Krankenhaus er sich begeben will. Die gleichen Verpflegungskosten der hamburgischen Staats- und Privatkrankenanstalten ermöglichen diese Auswahl zugunsten des Kranken. Die Dauer der Krankenhausbehandlung ist in der Regel in das pflichtgemäße Ermessen des Krankenhausarztes gestellt. Der Bezirksfürsorgeverband leitet auch die Unterbringung von Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptikern und Blinden in den geeigneten hamburgischen Anstalten ein. Die Kosten werden je zur Hälfte vom Landesfürsorgeverband und Bezirksfürsorgeverband getragen. Auch hier ist Art und Dauer der Unterbringung dem freien Ermessen des Anstaltsarztes übertragen. Der Verband versucht nach Möglichkeit, Versicherungsträger und leistungsfähige Angehörige der Unterstützten heranzuziehen, um die öffentlichen Aufwendungen für die Anstaltspflege zu verringern.

Hinsichtlich der Behandlung der Krüppel ist der Bezirksfürsorgeverband der Krüppelfürsorgestelle in Hamburg angeschlossen. Die Fürsorgerinnen und Gemeindeschwestern veranlassen die Meldung und überwachen die Anordnungen der Krüppelfürsorgestelle. Auch die Kosten der Krüppelbehandlung trägt im Falle der Hilfsbedürftigkeit der Bezirksfürsorgeverband. Die Krüppelfürsorge zielt darauf ab, körperliche Mißbildungen zu beseitigen und die Krüppel wieder erwerbsfähig zu machen.

Zur Pflege erkrankter Personen, die im Hause verbleiben können, sind besonders vorgebildete Gemeindeschwestern angestellt. Sie pflegen die Erkrankten nach den Anweisungen des behandelnden Arztes, unterweisen die Angehörigen, halten Nachtwachen und unterstützen den Arzt in jeglicher Hinsicht. Im Verbandsbezirk sind vier solche Gemeindekrankenschwestern der öffentlichen Fürsorge tätig. Mehrere Gemeindeschwestern privater Organisationen befassen sich mit den gleichen Aufgaben. Die Tätigkeit der Gemeindeschwestern ist für den Erkrankten unentgeltlich.

Krankentransporte werden mit einem vom Verband 1927 beschafften Krankentransportauto ausgeführt. Für die Benutzung ist eine die Selbstkosten deckende Gebühr zu zahlen. Das Auto wird durch die Bergedorfer Feuerwehr bedient und damit in ständiger Fahrbereitschaft gehalten. Die Begleitmannschaft stellt die Bergedorfer Sanitätskolonne vom Roten Kreuz. Die erforderliche Desinfektion des Wagens wird durch den staatlichen Desinfektor der Landherrenschaft vorgenommen.

IV. SOZIALHYGIENISCHE FÜRSORGE.

Um diese wichtige Aufgabe im Verbandbezirk einheitlich durchzuführen, ist jüngstens die Anstellung

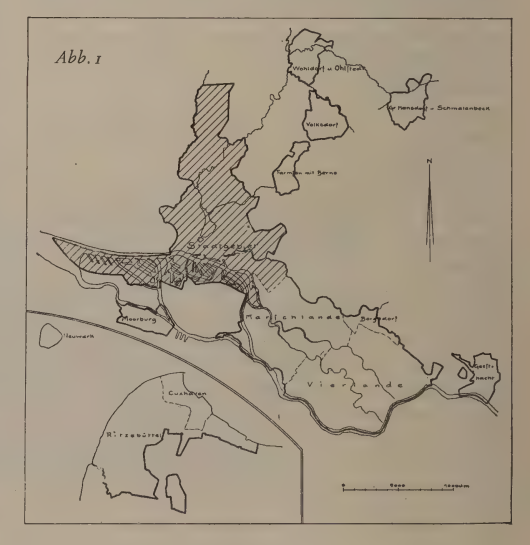


Abb. 1

eines hauptamtlich tätigen Fürsorgearztes beschlossen worden, der auch im benachbarten Bezirk der Geest- und Marschlande fürsorgerisch wirken soll. Zur Zeit werden die ärztlichen Fürsorgeaufgaben für bestimmte Teile des Bezirks von verschiedenen Ärzten im Nebenamt wahrgenommen.

Im Staatskrankenhaus Bergedorf hat die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für den Verbandsbezirk und die umliegenden preußischen Orte eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke eingerichtet. Diese Stelle will der Durchführung von Heilbehandlungen und der Erfüllung sonstiger Aufgaben, die sich aus dem Gesetz über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ergeben, dienen; an ihr ist der Bezirksfürsorgeverband beteiligt.

Vereinigt mit dieser Beratungsstelle ist die Tuberkulosefürsorgestelle. Die Sprechstunden beider von dem Oberarzt des Krankenhauses geleiteten Fürsorgestellen sind zusammengelegt, woraus sich Unzuträglichkeiten oder Schwierigkeiten nicht ergeben haben. Dem Arzt steht zur Durchführung fürsorgerischer Maßnahmen, deren Kosten im Falle des Unvermögens des Behandelten der Verband trägt, eine Fürsorgerin zur Seite. Sie versieht außer der Hilfe in den wöchentlich an zwei Tagen stattfindenden Beratungsstunden auch den Außendienst. An tuberkulös Erkrankte werden Stärkungsmittel wie Butter, Kakao und Lebertran ausgegeben. Die in der Stadt Geesthacht liegende Lungenfürsorgestelle wird von einem dort ansässigen Facharzt geleitet und arbeitet in gleicher Weise.

Zur Bekämpfung der Trunksucht ist von dem deutschen Guttemplerorden mit finanzieller Unterstützung der Stadt Bergedorf und des Staates eine Trinkerfürsorgestelle als Beratungsstelle für Alkoholkranke eingerichtet. Die Arbeit wird von Mitgliedern des Guttemplerordens ehrenamtlich geleitet.

V. SCHULGESUNDHEITSPFLEGE.

Die Schulkinder werden planmäßig bisher nur in den Schulen der Stadt Bergedorf ärztlich untersucht, in den übrigen Schulen des Bezirks nur zeitweise und zu bestimmten Zwecken. Der Gesundheitszustand der Kinder wird überwacht, sie werden beraten und gegebenenfalls an den Hausarzt verwiesen. Bei dieser Aufgabe wirkt die Lehrerschaft mit. Nach Einstellung des hauptamtlichen Fürsorgearztes soll die planmäßige Schulkinderfürsorge für den ganzen Bezirk einheitlich durchgeführt werden.

Schulspeisungen sind jetzt in allen Schulen des Bezirks durchgeführt. Es werden dargereicht ein Viertel Liter Milch und ein Brötchen als Schulfrühstück. Die Kinder, die gespeist werden, werden durch den Arzt mit Hilfe der Lehrerschaft ausgesucht. Es werden gesundheitlich schwache Kinder unbemittelter Eltern berücksichtigt. Die Zahl der an der Speisung teilnehmenden Kinder beträgt zur Zeit im Verbandsgebiet 751. Erholungsbedürftige Kinder werden von sämtlichen Schulen des Gebietes in Ferienkolonien entsandt. Auch hier wird wieder die Auswahl vom Arzt unter Mitwirkung des Schulpersonals getroffen. Der Einheitlichkeit der Auswahl wegen sind die Kinder von einem Arzt nach bestimmten Grundsätzen ausgesondert worden. 1927 sind 440 Kinder verschickt worden. Die Eltern der Kinder sollen ihren wirtschaftlichen Verhältnissen entsprechend zu den Kosten beitragen.

Neben dieser Entsendung der Kinder zur Erholung werden in besonderen Fällen erkrankte, in Genesung befindliche oder tuberkulös gefährdete Kinder in geeignete Heilstätten geschickt. Es ist dies vorzugsweise eine Maßnahme der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte. An den Kosten beteiligt sich der Bezirksfürsorgeverband zur Hälfte.

Schulzahnpflege wird im Bezirk nur in den beiden Städten Bergedorf und Geesthacht ausgeübt. Die Stadt Bergedorf hat mit der dort bestehenden Zahnklinik der Krankenkasse Bergedorf einen Vertrag abgeschlossen, nach dem diese die Aufgaben der Schulzahnpflege gegen eine Pauschalentschädigung übernommen hat. Die Zähne der Schulkinder werden in den Stadtschulen planmäßig durch Ärzte der Zahnklinik untersucht und im Falle des Einverständnisses der Eltern auch behandelt. Eine Vergütung für die Behandlung wird von den Eltern nicht gefordert. Im Jahre 1926 sind von 1639 Schulkindern 1468 Kinder zahnärztlich untersucht worden. In der Stadt Geesthacht ist ein am Orte ansässiger Zahnarzt gegen Entschädigung vertraglich verpflichtet worden, die zahnärztliche Untersuchung der Kinder der beiden Stadtschulen durchzuführen.

In den Stadtschulen Bergedorfs sind orthopädische Turnkurse unter Aufsicht eines Arztes und Leitung von besonders vorgebildeten Lehrpersonen eingerichtet worden. Sie hatten sich als notwendig erwiesen, da in sehr vielen Fällen bei Kindern Wirbelsäulenverkrümmung oder der Beginn einer solchen festgestellt wurde.

Zur Aufklärung und Belehrung über Krankheiten, insbesondere ansteckende Krankheiten, richtet die Stadt Bergedorf zur Zeit ein kleines Hygienemuseum in einem Schullokal ein. An geeigneten Tafeln und Präparaten sollen Ursachen, Behandlung und Heilung einer Krankheit gezeigt werden.

VI. JUGENDWOHLFAHRT UND JUGENDPFLEGE.

Auch die wirtschaftliche Fürsorge für Minderjährige liegt dem Bezirksfürsorgeverband ob.

Säuglingsberatungsstellen befinden sich in der Stadt Bergedorf und in der Stadt Geesthacht. Sie werden nebenamtlich von je einem Arzt geleitet. Die Mütter werden in allen den Säugling betreffenden Fragen beraten. Fürsorgerinnen unterstützen den Arzt und üben den Dienst auch außerhalb der Beratungsstellen aus. Die Eröffnung weiterer Beratungsstellen unter dem hauptamtlichen Fürsorgearzt ist in Aussicht genommen.

Die Stadt Bergedorf richtet gegenwärtig ein Tagkinderheim (Warteschule) ein, das bis zu 30 Kindern im Alter von 2 bis 6 Jahren Unterkunft während der Tagesstunden bieten soll. In erster Linie werden aufgenommen Kinder im Beruf stehender Eltern. Das Pflegepersonal ist besonders vorgebildet. Die Eltern haben für die den Kindern im Heim verabreichte Verpflegung ein geringes Pflegegeld zu zahlen.

Der vollständigen Unterbringung Jugendlicher (geschlossene Pflege) dient das vom Bezirksfürsorgeverband eingerichtete Bezirkskinderheim. Es sind 40 Betten für Kinder im Alter von 2 bis 15 Jahren vorhanden. Die Kinder werden hier voll verpflegt und erzogen. Aufgenommen werden Waisen, uneheliche Kinder und Kinder aus zerrütteten Familienverhältnissen; schließlich Kinder, deren Unterbringung in private Koststellen aus den verschiedensten Gründen nicht möglich ist. Die Kinder werden in drei Gruppen durch geschultes Erzieherpersonal erzogen. Die Überwachung der Kinder durch einen Facharzt für Kinderkrankheiten erfolgt nebenamtlich.

VII. PRIVATE EINRICHTUNGEN.

Die amtliche Fürsorge wird durch Maßnahmen und Einrichtungen der privaten Wohltätigkeit ergänzt. Außer den bereits erwähnten Einrichtungen sind tätig die Arbeitsgemeinschaft privater Wohltätigkeit als eine zentrale Sammelstelle, der dem Roten Kreuz angeschlossene Bergedorfer Frauenverein, der Frauenverein Geesthacht, der Rentnerbund und der Ortsausschuß für Arbeiterwohlfahrt. Der Unterbringung von Kindern dient das auf konfessioneller Grundlage stehende große Waisenhaus Bergedorf der römisch-katholischen Gemeinde Hamburgs, das im Heim eine eigene Schule unterhält. In der Stadt Bergedorf sind weiter zwei private Kindergärten vorhanden. Von einer Stiftung wird das Haus Jochimsthal unterhalten, das 16 alten Frauen Unterkunft bietet.

BERGEDORF.

I. BEBAUUNGSPLAN.

Der Bebauungsplan hat den größten Teil der Stadt für die landhausmäßige Bebauung vorgesehen, während der Industrie nur einige vom Wohngelände entferntere Gebiete in der tiefliegenden Marsch vorbehalten sind. Durch die gesunde Lage der Wohngebiete auf dem Höhenrücken ist die geringe Sterblichkeitsziffer begründet, die Bergedorf vor den meisten andern deutschen Städten auszeichnet. Bergedorf liegt in einer landschaftlich schönen Gegend und erfreut sich deshalb eines stets wachsenden Zuzuges aus der Großstadt. Es hat sich zum wichtigsten Wohnort Hamburgs entwickelt und ist in jeder Weise bestrebt, seinen Charakter als Wohnstadt zu wahren. Fast alle Wohnstraßen werden als Alleen ausgebildet; durch breite Grünstreifen soll die Verbindung mit den umliegenden Waldungen hergestellt werden. Auf diese Weise wird es später möglich sein, von den großen Park- und Grünanlagen, die sich im Zentrum der Stadt befinden, auf schattigen Wegen bis weit hinein in die Waldungen der Nachbargemeinden zu gelangen.

II. WOHNUNGSBAU.

Die Stadt unterstützt auf dem Gebiete des Wohnungsbaues nicht nur mit Baudarlehen die Bautätigkeit der Privaten und der Baugenossenschaften, sie ist außerdem bestrebt, ihnen das Bauen zu erleichtern durch Hergabe von vorzüglichen Bauplätzen an ausgebauten Straßen. Diese werden je nach den Wünschen des Einzelnen zu verschiedenen Preisen in Erbpacht an bevorzugter Lage hergegeben und ermöglichen durch günstige Erbpacht-Bedingungen eine sofortige Bebauung. Zahlreiche Baulustige haben bereits von dieser Gelegenheit Gebrauch gemacht, so daß die Stadt nur mit erheblicher Anstrengung in der Lage ist, allen Wünschen gerecht zu werden. Außerdem werden für Rechnung der Stadt in jedem Jahre zahlreiche Wohnungen aller Größen durch das Stadtbauamt ausgeführt, um auch denjenigen ein behagliches und besteingerichtetes Heim zu verschaffen, die nicht selbst an die Erbauung eines Hauses denken können.

III. ÖFFENTLICHE BADEANSTALTEN.

Die alte Flußbadeanstalt an der Bille ist im Jahre 1927 ersetzt worden durch eine neuzeitliche Badeanstalt auf dem früheren Rethwärder. Sie liegt im Zentrum der Stadt inmitten neugeschaffener Grünanlagen. Wohl selten wird es eine Stadt ermöglichen können, in der Nähe der Hauptverkehrspunkte eine solche Badeanstalt einzurichten, die alle Ansprüche des Einzelnen und der Vereine befriedigt. Für Schwimmer und Nichtschwimmer ist auf einer Länge von 150 m eine ideale Badegelegenheit geschaffen. Der breite, sonnige Badestrand ersetzt mancher Familie die Badereise. Die auf der andern Seite der Bille entlang führende Promenade mit den anschließenden Grünanlagen bietet auch dem Nicht-

badenden gute Gelegenheit, sich am lustigen Treiben der Badenden zu erfreuen. Am Eingang der Gesamtanlage, nur fünf Minuten vom Bahnhof entfernt, wird die neue Warmbadeanstalt errichtet. Sie soll in der Hauptsache in diesem Jahre fertiggestellt werden und enthält alle in einer modernen Badeanstalt erforderlichen Einrichtungen, wie

- ein Kinderbrausebad für die Schulen,
- 16 Wannenbäder für Frauen und Männer,
- 10 Brausebäder,
- eine medizinische Abteilung für Zusatzbäder aller Art,
- eine sehr geräumige Abteilung für Hydrotherapie mit Warmluft-, Heißluft- und Dampfraum.

Lichtbäder, Kohlensäurebäder, Schaumbäder, Wechselbäder usw. ermöglichen alle im Interesse der Gesundheit erforderlichen Behandlungen. Zahlreiche behaglich eingerichtete Ruheräume vervollständigen diese Abteilung. Durch bequeme Zugänge, Fahrstuhl usw. wird auch den Kranken die Benutzung der Anstalt leicht gemacht. Für Erweiterungsmöglichkeiten ist in jeder Weise gesorgt. Eine große Schwimmhalle soll später als Verbindungsbau zwischen Warmbad und Flußbad errichtet werden.

IV. DIE BERGEDORFER KLÄRANLAGE.

Die biologische Kläranlage der Stadt Bergedorf ist in den Jahren 1912/13 erbaut. Ihre Größe genügt für die Reinigung von 2250 cbm Trockenwetterzufluß und 6750 cbm Regenwetterzufluß. Eine Erweiterung ist jederzeit möglich und bei vollem Ausbau des jetzt bestehenden Stadtgebietes mit einem Trockenwetterabfluß von 8000 cbm pro Tag auf 58 200 Einwohnern berechnet.

Das Abwasser durchfließt zunächst ein Grobgitter mit Handbetrieb. Es wird alsdann auf die Emscherbrunnen gepumpt, von denen bisher vier mit 7 m innerem Durchmesser und 10 m Tiefe angelegt sind. Der Aufenthalt in den Brunnen beträgt bei Trockenwetterzufluß zwei Stunden, bei Regenwetterzufluß 40 Minuten, die Wassergeschwindigkeit ist hierbei 5 bzw. 15 mm in der Sekunde. Der verfügbare Schlammraum eines Brunnens faßt 140 cbm und bedingt eine zweimalige Entleerung in einem Jahre. Die Sprinkler sind 1,8 m hoch, freistehend aufgebaut, und zwar aus Schlacken der Hamburger Müllverbrennungsanstalten. Unter jedem Sprinkler befindet sich eine Eisenbetonplatte. Die zur Drehung der Sprinkler erforderliche Druckhöhe ist 30 cm. Die Druckvorrichtung ist vierarmig und so eingerichtet, daß beim Trockenwetterabfluß nur die beiden unteren Arme in Tätigkeit treten, wogegen bei dem dreimal so großen Regenwetterabfluß auch die beiden 30 cm höher sitzenden Arme das Wasser auf die Schlackenkörper versprengen. Durch diese Anordnung ist erreicht, daß auch bei vermehrtem Zufluß eine erhebliche Vergrößerung der Druckhöhe nicht eintritt und die zulässige Drehgeschwindigkeit nicht überschritten wird. Zur Zeit sind sechs Sprinkler gebaut. Die Nachklärung der Abflüsse erfolgte zum Teil bisher in einem mit Fischen (nach *Prof. Hofer*, München) besetzten Teich. Augenblicklich ist der Fischteich außer Betrieb bzw. nicht mit Fischen (Karpfen) besetzt. Von dem 380 ha großen Stadtgelände sind 113 ha als Trennsystem (Rein- und Schmutzabwässer getrennt) vorgesehen. Als Hauptvorfluter für die Entwässerung dient der Schleusengraben.

V. DIE WASSERVERSORGUNG DER STADT BERGEDORF.

Die Stadt Bergedorf hat seit 1885 eine eigene Wasserversorgung. Im Jahre 1885 wurde durch einen privaten Unternehmer am Nordrande Bergedorfs im Tal der Bille ein Wasserwerk in Betrieb genommen. Billewasser wurde in fünf Sammelbrunnen geklärt, durch ein Pumpwerk mit Dampfbetrieb über eine offene Kiesfilteranlage geleitet und dann aus einem Sammelbehälter in das Rohrnetz gedrückt. Aus diesem wurde es als Trink- und Gebrauchswasser von den Verbrauchern entnommen. Die Stadt Bergedorf übernahm 1899 das Wasserwerk. Sie befreite sich sofort vom Billewasser, das in hygienischer Beziehung zu wünschen übrig ließ, durch Anlage eines etwa 85 m tiefen Rohrbrunnens. Die Wasserversorgung war dadurch besser geworden. Das neue Brunnenwasser krankte aber noch an einem hohen Eisengehalt, der oft mehr oder minder starke, rostbraune Trübungen des Wassers bewirkte. Nach längeren Versuchen, die unter reger Mitwirkung des hamburgischen Hygienischen Institutes durchgeführt wurden, entschloß sich die Stadt für den Einbau einer Permutit-Filteranlage. Bei dieser Gelegenheit wurde 1914/15 neben dem alten Werk ein vollständig neues Pump- und Filterwerk errichtet. In dem geräumigen Bauwerk ist alles übersichtlich angeordnet. Als Pumpen sind vierfach wirkende Kolbenpumpen der Firma Klein, Schanzlin & Becker A.-G. aufgestellt, die durch Dieselmotore der Firma Gebrüder Sulzer angetrieben werden. Die Filter- und Enteisenungsanlage ist eine geschlossene, unter Druck arbeitende Anlage, die von der Firma Permutit A.-G. in Berlin geliefert wurde. Das aus den Tiefbrunnen durch Pumpen angesaugte Wasser wird von den gleichen Pumpen durch die Filter gedrückt und so durch das Rohrnetz den Abnehmern zugeführt. Zum Druckausgleich und als Reserve dienen

zwei Wassertürme mit zusammen 830 cbm Wasserinhalt. In den Filtern wird das Wasser gereinigt und der Eisengehalt des Rohwassers von etwa 1,4 mg pro Liter auf 0,1 mg pro Liter verringert. Damit ist der Eisengehalt des Wassers auf ein erträgliches Maß gebracht worden. Erst an den Zapfstellen in der Stadt erblickt das aus der Tiefe gehobene Brunnenwasser das Tageslicht; ausgenommen ist das wenige Wasser, das in den Wassertürmen die Oberfläche erreicht. Ein Verschmutzen des Wassers von außen her ist daher so gut wie ausgeschlossen. Kristallklar und fast frei von Eisen wird im Pumpwerk das Wasser ins Rohrnetz gegeben.

Der höchste Tagesverbrauch Bergedorfs beträgt rund 2500 cbm, der niedrigste rund 1200 cbm Wasser. Auf den Kopf der Bevölkerung entfallen täglich etwa 81 Liter gefördertes Wasser. Die Wasserabgabe wird fast ausschließlich nach den Angaben von Wassermessern berechnet. Zur Zeit sind 1880 solcher Messer eingebaut. Mit wenigen Ausnahmen hat jedes Haus in Bergedorf einen Wasseranschluß. 175 Hydranten stehen der Bergedorfer Feuerwehr in dem 38 km langen Rohrnetz zur Verfügung.

Die Bergedorfer Wasserversorgungsanlage wird laufend vom hamburgischen Hygienischen Staatsinstitut kontrolliert. Sie liefert in ihrer jetzigen Anlage den Bergedorfer Einwohnern ein gutes Trink- und Gebrauchswasser.

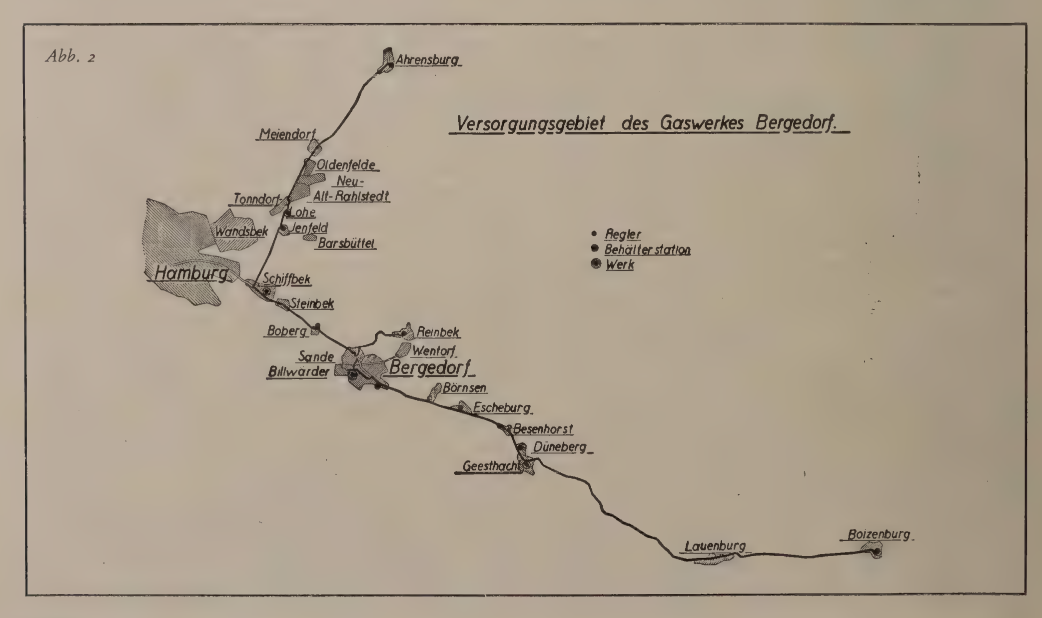
VI. DAS GASWERK BERGEDORF.

Das Gaswerk wurde im Jahre 1856 von einer örtlichen Gesellschaft gegründet und bis zum Jahre 1902 auch betrieben. Mit diesem Zeitpunkt ging das Werk in das Eigentum der Aktiengesellschaft für Gas-, Wasser- und Elektrizitäts-Anlagen, Berlin, über und wurde im Laufe der folgenden Jahre als Gruppen-Gaswerk ausgebaut. Es versorgt jetzt 19 Gemeinden auf hamburgischem, preußischem und mecklenburgischem Gebiet, zum größeren Teil mittels Hochdruckleitungen von etwa 80 km Gesamtlänge (Abb. 2).

CUXHAVEN.

I. WOHNUNGSBAU.

Seit 1918 bis Ende 1927 sind teils von der Stadt selbst, teils mit ihren Mitteln durch Private und Gesellschaften 2 Einzimmer-, 309 Zweizimmer-, 425 Dreizimmer-, 372 Vierzimmer- und 25 Fünfzimmerwohnungen, zusammen 1133 Wohnungen hergestellt, zu denen noch eine kleinere Zahl Wohnungen hinzukommt, für die von der Stadt keine Mittel beansprucht sind. Trotzdem besteht immer noch eine starke Wohnungsnot, vor allem wegen des jährlichen umfangreichen Zuzugs Auswärtiger. Erwähnenswert sind besonders die Siedlungen der Gemeinnützigen Siedlungsgenossenschaft auf dem früheren Gelände der Hamburg-Amerika-Linie und des Bauvereins am Brockesweg, sowie die Großwohnhäuser der ersterwähnten Genossenschaft und der Genossenschaften



„Sparwille" und „Handwerk" und ferner der „Wohnungsbau A.-G." in der Poststraße und deren Nachbarschaft.

II. WOHNUNGSBAU IM AMTE RITZEBÜTTEL.

Die ländlichen Gemeinden des Amtes Ritzebüttel schlossen sich 1924 zu einem Siedlungsverband zusammen und versuchten, den Wohnungsbau durch Hergabe von verlorenen Zuschüssen an Siedlungsfreudige anzuregen. Bei der geringen Steuerkraft konnte zuerst nur siedeln, wer ein Grundstück besaß und wer entweder einen Teil der Baukosten aus eigenen Mitteln oder aus eigener Arbeitskraft leisten konnte, also in erster Linie der Handwerker. Der Verband zahlte als verlorenen Zuschuß zunächst Rm. 2000.—, später Rm. 2500.— je Wohnung. Mit dem Erstarken der finanziellen Kräfte wurden die verlorenen Zuschüsse allmählich ersetzt durch Überteuerungszuschüsse, später durch Hypothekengelder, die zunächst zinslos hergegeben wurden, neuerdings nach einer Schonfrist zu mäßigen Zins- und Tilgungssätzen ausgeliehen werden. Die Sparkassen des Amtes Ritzebüttel wurden ebenfalls veranlaßt, sich in erster Linie auf die Förderung des Wohnungsbaues einzustellen. Auf diese Weise haben die zehn kleinen Gemeinden des Amtes Ritzebüttel mit zusammen nur 4600 Einwohnern in der Nachkriegszeit 176 Wohnungen bauen können. Davon wurden 16 Landarbeiterwohnhäuser mit Hilfe von Darlehen aus Mitteln der wertschaffenden Erwerbslosenfürsorge gebaut.

III. DAS SEEBAD DUHNEN.

Im Jahre 1927 konnte das Seebad Duhnen sein 25jähriges Jubiläum feiern. Wenn es Duhnen gelungen ist, sich in der kurzen, durch Krieg und Inflation unterbrochenen Zeit zu einem bemerkenswerten und beliebten Kuraufenthaltsort zu entwickeln, so verdankt es dies seinen besonderen Vorzügen. Die Anziehungskraft Duhnens liegt nicht in prunkvollen Bauten, nicht in kostspieligen Anlagen. Duhnen empfiehlt sich durch seine glückliche Lage, durch seinen schönen Strand, durch sein mildes Klima, durch seine ruhige, völlig gefahrlose Brandung und durch seine mäßigen Preise. Das stets belebte Bild eines regen Schiffsverkehrs, bei Hochwasser ein weiter Badestrand, bei Niedrigwasser unendliche Wattflächen sind einladend. 8—9 Kilometer seewärts liegt die Insel Neuwerk mit ihrem an die Normannenzeit erinnernden Turm. Auf drei Wegen ist die Insel erreichbar: täglich fährt ein Motorboot dorthin, während der Ebbe kann man zu Wagen hinübergelangen, ein guter Fußgänger kann den Weg auch zu Fuß zurücklegen. In den letzten Jahren hat Duhnen seine natürlichen Vorzüge durch die notwendigen Badeanlagen ergänzt. Ein schöner, gepflegter Strand umrahmt das Ganze (Bild 3).

IV. FRAUENHEIM DER FISCHINDUSTRIE.

Die industrielle Entwicklung Cuxhavens gruppiert sich um den Fischmarkt, den zweitgrößten Deutschlands. Wie alle Saisonbetriebe hat die Fischindustrie mit erheblichen Arbeiterschwierigkeiten zu kämpfen. Die Stadt Cuxhaven ist mit ihrer rein ländlichen Umgebung nicht in der Lage, die in erster Linie benötigten weiblichen Arbeitskräfte in der erforderlichen Zahl zu stellen. Es ist daher notwendig, zeitweise verhältnismäßig viele auswärtige Arbeiterinnen heranzuziehen. Die Unterbringung dieser Frauen



Abb. 3. Badestrand bei Duhnen



Abb. 4. Ansicht des Heimes für Arbeiterinnen in der Fischindustrie

stieß auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten. Durch Einmietung in Wohnungen, durch Einrichtung von Unterkunftsräumen in einzelnen Betrieben war das Problem nicht in befriedigender Weise zu lösen. Die Industrie mußte daher im eignen wirtschaftlichen, sowie im Interesse der von ihr beschäftigten Frauen besondere Unterkunftsmöglichkeiten schaffen. Mit Hilfe des Staates, der Stadt, der Kirche und der Landesversicherungsanstalt hat sie ein Heim geschaffen (Abb. 4), das 300 Frauen aufnehmen und verpflegen kann. Dabei ist jeder kasernen- und behelfsmäßige Anstrich vermieden worden. Je vier Frauen wohnen und schlafen in einem Zimmer (Abb. 5). Ein großer Speisesaal (Abb. 6), besondere Kaffee- und Spielräume, umfangreiche Badeeinrichtungen und dergleichen stehen den Bewohnerinnen zur Verfügung; die Heimverwaltung veranstaltet von Zeit zu Zeit Unterhaltungsabende, so daß sowohl in sozialer wie in gesundheitlicher Beziehung weitgehenden Ansprüchen genügt ist. Das Heim soll sich grundsätzlich selbst erhalten. Da die stille Geschäftszeit der Industrie in den Sommer und somit in die Badesaison fällt, ist es möglich, während der Saison minderbemittelte Kurgäste aufzunehmen und zu verpflegen und auf diese Weise die Heimlast zu vermindern. Die Erfahrung der nächsten Jahre muß zeigen, ob der Versuch, Frauen in größerer Zahl vorübergehend nach hier herüberzuziehen, gelungen ist.

GEESTHACHT.

Geesthacht, rund 30 km oberhalb Hamburgs an der Elbe gelegen, hat 5483 Einwohner.

Unterhalb des hier von der Elbe landeinwärts abbiegenden Geestrückens gelegen, ist Geesthacht rings von Wald, Bergen und Wasser umgeben und immer mehr zu einem vielbesuchten Ausflugsort geworden; Lungenkranke suchen in der Heilstätte „Edmundsthal-Siemerswalde“, über die an anderer Stelle des Buches besonders berichtet ist, und in den angrenzenden Kiefern- und Fichtenwaldungen Genesung.

Die von Hamburg nach Berlin führende Straße führte bis vor kurzem unmittelbar durch den Ort.



Abb. 5. Schlaf- und Wohnraum



Abb. 6. Speisesaal

Durch die Schaffung der neuen Autostraße am Rande der Stadt wird jetzt der durchgehende Kraftfahrzeugverkehr abgeleitet und die Bevölkerung von der bisherigen Staubplage befreit.

Bei der Aufstellung des Bebauungsplanes wird durch Förderung des Flachbaues großer Wert auf die Beibehaltung des ländlichen Charakters gelegt. Nur hierdurch und durch planmäßige Schaffung im Ort gelegener Grünflächen wird es möglich sein, Geesthacht für die sich immer mehr ausdehnende Großstadt Hamburg als Erholungsstätte und künftige Siedlungsstadt zu erhalten.

Durch die beiden auf preußischem Gebiet liegenden großen, früher mit der Herstellung von Kriegsgerät sich befassenden Fabriken in Düneberg und Krümmel sind sehr viele Familien während der Kriegszeit nach Geesthacht zugezogen, so daß die Wohnungsnot besonders groß ist. (Es sind 170 Familien ohne eigene Wohnung bei insgesamt 1436 Haushaltungen.)

Die Stadt versucht, die Wohnungsnot durch den Bau von Siedlungshäusern, Mietshäusern und durch Gewährung von Baudarlehen an Private zu lindern. Sie hat die Schaffung einer großen Siedlung mit Erbbaucharakter in Angriff genommen. 22 Doppelhäuser mit 68 Wohnungen sind fertiggestellt.

Da Geesthacht keine Wasserleitung hat, ist bei Schaffung der Siedlung ein besonderes zentrales Pumpwerk errichtet worden, von wo aus alle Bewohner der Siedlung mit Wasser versorgt werden. Die Pumpe liefert 1800 Liter pro Stunde und schaltet sich automatisch je nach Bedarf ein und aus, so daß außer für Ölen und Säuberung eine Bedienung nicht erforderlich ist. Diese Anlage ist der Anfang der allgemeinen städtischen Wasserleitung, da sie bei Schaffung zweier weiterer Brunnen zur gesamten Versorgung der Stadt ausreicht.

Bedeutend schwieriger ist die Frage der Beseitigung der Hausabwässer, da ein Schmutzwassersiel bisher vollkommen fehlt. Die Stadt hat daher für die Siedlung eine besondere Klär- und (infolge des Fehlens eines Vorfluters) auch eine Sickeranlage schaffen müssen. Alle Abwässer laufen in der Kläranlage (System Dywidag Hamburg) zusammen. Das hier geklärte Wasser geht zur Nachklärung in die biologische Kläranlage. Diese Anlage besteht aus einem großen gemauerten Kessel, der von unten bis oben mit einem übereinandergelegten Lattengerüst ausgefüllt ist. Oben in der Mitte dieses Lattengerüstes ist eine in der Längsrichtung in zwei gleiche Teile geteilte Kipprinne angebracht. Das von der Kläranlage kommende Wasser wird in die nach oben gekehrte Kammer der Kipprinne geleitet. Sobald die Rinne voll ist, kippt sie um und verteilt das Wasser über die eine Hälfte des Lattengerüstes. Ist die andere Hälfte der Kipprinne voll, entleert sich diese selbsttätig auf die andere Hälfte des Lattengerüstes. Das Wasser tropft also durch das Gerüst hindurch und wird hierdurch nochmals biologisch gereinigt. Sodann fließt das Wasser in die auf dem Siedlungsgelände verlegten Drainrohre zur Versickerung. Die Anlage bewährt sich bis jetzt gut. Sie soll in den nächsten Jahren durch das allgemeine Schmutzwassersiel ersetzt werden.

Der Geesthachter Sportplatz ist einer der schönsten in Norddeutschland, er liegt in zwei Terrassen gestaffelt am Fuße der Heidberge und gewährt einen weiten Ausblick über die Elbe und über die Vierlande bis nach Hamburg. Die Abhänge bilden die natürlichen Tribünen und können tausende Zuschauer fassen. Ein angrenzendes Tal soll später als Schwimm- und Sonnenbad ausgebaut werden, womit Geesthacht der Großstadt ein ideales Sport- und Erholungsgelände bieten wird.



